

## FICHA MÉDICA

### INFORME DE SALUD

El presente documento tiene como objetivo dar a conocer con carácter de declaración jurada, información actualizada de su Estado de Salud. El mismo deberá ser presentado anualmente al inicio del Año Académico.

#### A) DATOS GENERALES

Fecha: \_\_\_\_\_

Carrera/Oferata Académica: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: _____
DNI: _____ Nacionalidad: _____
Carrera: _____ Turno: _____
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/____ Sexo: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfonos: _____
E-mail: _____
Obra Social: SI/NO Cual? _____ Grupo Sanguíneo: _____
En caso de Urgencias/Emergencia contactar a: _____ Tel: _____

#### B) EXAMEN DE SALUD:

		Firma del Profesional
Clínico General:	Talla:	Firma:
	Peso:	
AP. Respiratorio: Pico de flujo: Espirometría:		Firma:
Aparato Urogenital:		Firma:
Examen Neurológico: Reflejos:		Firma:
Examen Osteomioarticular:		Firma:
Columna: MS: MI: Pie: Flexibilidad: Amp. Articular:		Firma:
Examen Cardiovascular: ECG: TA: Pulso:		Firma:

Ergometría:	Firma: Fecha:
Examen ORL: Audiometría: Laringoscopia indirecta:	Firma:
Oftalmológico: OD: OL: Cromática:	Firma:
Perfil Psicológico: Otros Estudios:	Firma:
Lab. Clínico: C: E: U: G: O: GR y Factor:	Firma:

Conclusiones:

APTO:	
NO APTO:	
APTO RESTRINGIDO: (No puede realizar actividad física. Causa y fecha)	
APTO TRANSITORIO: (Puede realizar actividad física hasta tanto presente lo que falte a excepción de la ergometría. Causa y fecha)	
Lugar:	Firma y sello profesional:
Fecha:	

C) ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y ENFERMEDADES PREEXISTENTES:

Familiares:

	Padre		Madre		Hermanos		Abuelos	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Con vida?								
Enferm. alérgicas / asma								
Enferm. tumorales								
Diabetes / Obesidad								
Enferm. cardíacas								
Enferm. neurológicas								
Convulsiones / Epilepsia								
Enferm. psiquiátricas								
Enferm. músculoesq.								
Enferm. respiratorias								
Enferm. digestivas								
Enferm. renales								
Enferm. de la sangre / linfát.								
Hipertensión								
Chagas								
Muerte súbita < 50 años								
Otras enfermedades								
Vacunación: COMPLETA / INCOMPLETA								
Vacuna Hepatitis B: SI / NO								
Detalles:								

Personales:

Descripción	SI	NO
Enfermedades Psiquiátricas		
Diabetes		
Enfermedades Cardíacas		
Chagas		
Hipertensión Arterial		
Enfermedades de la sangre		
Enfermedades de ganglios		
Enfermedades de la vista		
Enfermedades de la audición		
Intervenciones quirúrgicas		
Enfermedades de la piel		
Toma medicación? Detalle		
Consume alcohol?		
Infecciones urinarias		
Recibió transfusiones de sangre?		
Enfermedades de genitales		
Enfermedades Neurológicas		
Dolores de cabeza / mareos		
Convulsiones / epilepsia		
Pérdida de conocimiento		
Ingiera 4 comidas diarias?		
Enfermedades congénitas		
Traumatismos		
Luxaciones / otra lesión		
Fracturas / esguinces		
Enfermedades articulares		
Enfermedades óseas		
Enfermedades musculares		
Fiebre reumática		
Enfermedades alérgicas		
Enfermedades respiratorias		

Sinusitis / otitis / anginas		
Asma		
Neumonía / bronconeumonía		
Varicela		
Rubeola		
Paperas		
Sarampión		
Enfermedades digestivas		
Hepatitis / Enfermedades hepáticas		
Enfermedades renales		
Dieta en el hábito alimentario		
Hábitos tóxicos (Fuma?)		
Firma y sello del médico:		

DECLARO BAJO JURAMENTO que, en base a mi leal conocimiento, todos los datos arriba proporcionados son correctos, asumiendo plena responsabilidad por las consecuencias que pudiese ocasionar cualquier error u omisión cometido en el llenado de esta ficha.

ME COMPROMETO además de comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados, en forma inmediata.

AUTORIZO, a la Dirección del Instituto (o a quien esta designe) a hacer asistir al / la titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

EXIMO expresamente de responsabilidad a la institución, por cualquier consecuencia dañosa que pudiera sufrir en el desarrollo de las actividades propuestas en mi condición de estudiante de la Facultad de Arte y Diseño de la Universidad Provincial de Córdoba, toda vez que DECLARO CONOCER Y ACEPTAR las reglamentaciones vigentes para las actividades a realizarse.

En caso de modificarse el apto así como sufrir enfermedad o lesiones me comprometo a informar a la institución.

En....., a.....días del mes de.....de.....

Para menores de 18 años corresponde la firma de ambos padres o tutores certificada por policía, escribano o juez de paz.

Firma del Estudiante:

Aclaración:

DNI N°:

Firma del Padre / Madre / Tutor

Aclaración:

DNI N°: