

*Doctor/a: por favor, complete los datos solicitados a continuación para brindar una correcta atención ante emergencias.*

Apellido y Nombre: ..... DNI: .....

Contacto ante emergencia: ..... Tel: ..... Relación: .....

Grupo Sanguíneo: ..... Obra Social: .....

• Ha tenido o tiene:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma Bronquial         | <input type="checkbox"/> Tuberculosis           | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial         |
| <input type="checkbox"/> Úlcera gastroduodenal  | <input type="checkbox"/> Vértigos o mareos      | <input type="checkbox"/> Traumatismo craneo grave      |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática       | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza severo | <input type="checkbox"/> Traumatismo columna grave     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales  | <input type="checkbox"/> Fracturas                     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Hernias                | <input type="checkbox"/> Transfusiones                 |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones           | <input type="checkbox"/> Apendicetomía          | <input type="checkbox"/> Accidente con hospitalización |

Observaciones: .....

• Tiene algún problema en los órganos mencionados a continuación:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ojos, nariz o garganta   | <input type="checkbox"/> Abdomen, estómago, intestinos | <input type="checkbox"/> Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos |
| <input type="checkbox"/> Cabeza, cuello           | <input type="checkbox"/> Músculos, huesos              | <input type="checkbox"/> Piel                                 |
| <input type="checkbox"/> Torax, pulmones, corazón | <input type="checkbox"/> Sistema urinario              | <input type="checkbox"/> .....                                |

Observaciones: .....

• Tiene alguna reacción alérgica a:

- Suero       Drogas       Alimentos       .....

Observaciones: .....

• Se ha vacunado contra:

- Viruela       Tétano       Difteria       Poliomielitis

• Padece o ha padecido enfermedades infectocontagiosas:

- Tuberculosis       Brucelosis       Hidatidosis       .....

• Toma alguna medicación en forma regular:

- No       Sí      ¿Cuál? ..... ¿Dosis? .....

• Posee incapacidades físicas y/o psicológicas:

**EXAMEN FÍSICO:**

Pulso: ..... F. Respiratoria: ..... TA: .....

Piel y Mucosas: ..... Aparato Respiratorio: ..... Aparato Circulatorio: .....

Aparato Digestivo: ..... Aparato Urogenital: ..... Aparato Osteomioarticular: .....

Sistema Nervioso: ..... Órganos Sensoriales: .....

*Certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un estado de salud que le permite su normal desempeño como estudiante. Asimismo certifico que no padece enfermedades infectocontagiosas clínicamente detectables, ni trastornos mentales severos, ni presenta incapacidades que afectan tales actividades y, que los datos consignados en este documento son correctos.*

.....  
Firma y sello del Doctor/a      Aclaración      Fecha

El presente certificado no es válido para realizar tareas laborales, deportes competitivos ni conducción de medios de transporte.