



# FICHA MÉDICA DE SALUD

## ANTECEDENTES

### 1. VACUNACIONES

NOMBRE	SI	NO	IGNORA
B.C.G.			
DOBLE			
TRIPLE			
SABIN			
REF. ANTITETANICA			
Fecha aproximada	____/____/____		

### 2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Enfermedades Imp.	Tuvo	Tiene	Fecha

Cirugías	Fecha

Traumatismos Importantes	Fecha

Alergias	Tipo o Grado

Enfermedades importantes en la familia directa:  
(indicar con SI ó NO)

Diabetes	
Chagas	
Epilepsia	
Reumatismo	

Asma	
Hipertensión	
Diat. Hem.	
Otros	

### 3. HÁBITOS TÓXICOS

NOMBRE	SI	NO	Modal. y Cant.
Alcohol			
Tabaco			
Otros			

### 4. MEDICAMENTOS NO PRESCRIPTOS

NOMBRE	SI	NO	Especificar
Estimulantes			
Esteroides			
Anabólicos			

### 5. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS


### 6. DURANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA SUFRE O SUFRIÓ

(Indicar con SI ó NO)

Cansancio Extremo

Falta de aire

Pérdida de Conoc.

Palpitaciones

Observaciones:

Precordalgias

Cefaleas

Vómito

Otros

### 7. Grupo Sanguíneo

Factor RH	
-----------	--

**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 cometido en el llenado de ésta ficha.

**ME COMPROMETO** a comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados en forma inmediata. Así mismo **AUTORIZO** a la Dirección del IS CET (o a quién este designe) a hacer asistir al/la titular de estos datos, por personal médico, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
DNI  
\_\_\_\_\_  
Aclaración

En caso de que el titular sea menor de 18 años de edad, esta ficha deberá ser firmada por padre, madre o tutor.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
DNI  
\_\_\_\_\_  
Aclaración

**INFORME FÍSICO**

**1. EXAMEN FÍSICO**

Peso:		Kg.
Talla:		Cm.

**2. EXAMEN BOCUDENTAL**

	SI	NO
Faltan piezas		
Caries		

**3. EXAMEN OFTALMOLÓGICO**

	DER.	IZQ.
Agudeza visual		

	SI	NO
Usa lentes		
Otros		

**4. EXAMEN DE PIEL Y T.C.S.C.**


**5. EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO**


**6. EXAMEN CARDIOVASCULAR**

	Reposo	2° Ejerc	Recuperación
Ascultación			
Frec. Cardíaca			
Tensión Arterial			

**7. EXAMEN RESPIRATORIO**


**8. EXAMEN ABDOMEN**


**9. EXAMEN GENITOURINARIO**


**10. EXAMEN NEUROLÓGICO**


**11. EXAMEN OSTEOARTICULAR**

Columna Vertebral		Lord.	
Normal		Esc.	
Cif.			
Miembros Superiores			
Miembros Inferiores			

**12. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA CLINICA**

Normal	
Derivado a	
Debe Volver	
Observ.	

**13. SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (especific)**


CONSTE que atendí a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ años de edad y que se encuentra clínicamente en buen estado de salud al día de la fecha, pudiendo participar en las actividades programadas por la Institución.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

En caso de que el titular sea menor de 18 años de edad, esta ficha deberá ser firmada por padre, madre o tutor.

\_\_\_\_\_  
DNI

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración