

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - 2027

Nº DE INSCRIPCIÓN:	
PROPUESTA:	

APELLIDOS Y NOMBRES:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
DNI.	

DATOS DEL CONTACTO:	
APELLIDO Y NOMBRE	
VINCULO	
TELÉFONO	

POSEE COBERTURA MEDICA	SI / NO
¿CUÁL?	
Nº DE AFILIADO:	

ANTECEDENTES DE SALUD		
1) ¿PADECE DE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?		
Diabetes	SI	NO
Enfermedad cardíaca	SI	NO
Hernia	SI	NO
Alergia	SI	NO
Aclarar a qué y cómo la trata:		
Convulsiones	SI	NO
Asma	SI	NO
Sinusitis, adenoides, otitis (a repetición)	SI	NO
Otras (aclarar cuál):		
2) OPERACIONES (aclarar año)		
Apendicitis (año:)	SI	NO
Otras:		
3) EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES, ¿TUVO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?		
Hepatitis	SI	NO
Sarampión	SI	NO
Paperas	SI	NO
Mononucleosis infecciosa	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO
Fracturas, esguinces o luxaciones	SI	NO
Aclarar de qué:		
4) ¿POSEE ALGÚN FAMILIAR DIRECTO FALLECIDO ANTES DE LOS 45 AÑOS POR FALLA CARDIACA SÚBITA?	SI	NO
5) ¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?	SI	NO
Indique medicación y duración del tratamiento:		
6)¿SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO POR ALGUNA PATOLOGÍA?	SI	NO
Aclara cual y acompañar con certificación del profesional tratante		
7) TIENE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	SI	NO

Por favor adjunte una copia de su certificado

Otra indicación que le parezca importante señalar:

La presente es sólo una declaración del alumno para conocimiento de la institución, por lo tanto, no se requiere firma de profesional médico alguno.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ALUMNO/A: