



FICHA MÉDICA - Edición 2016 | 2017

Apellido y nombre:..... Edad:

Fecha de nacimiento: /..... /..... Grupo sanguíneo:..... Factor RH:

Obra social:

Por favor, marque lo que corresponda.

| N° | ANTECEDENTES MÉDICOS | SI | NO |
|----|---|----|----|
| 01 | Problemas cardíacos | | |
| 02 | Presión arterial elevada | | |
| 03 | Obesidad | | |
| 04 | Asma bronquial | | |
| 05 | Pérdida de conciencia | | |
| 06 | Convulsiones | | |
| 07 | Traumatismos de cráneo | | |
| 08 | Diabetes | | |
| 09 | Alteraciones sanguíneas | | |
| 10 | En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez: Desmayos Mareos Dolor fuerte de pecho Mayor cansancio que los compañeros Palpitaciones Dificultades para respirar | | |
| 11 | Vacunación completa | | |
| 12 | Afecciones auditivas | | |
| 13 | Fractura, luxación, lesión ligamentaria | | |
| 14 | Otro problema en huesos o articulaciones | | |

| N° | ANTECEDENTES MÉDICOS | SI | NO |
|----|--|----|----|
| 15 | Cirugías | | |
| 16 | Internaciones | | |
| 17 | Infecciones en los últimos 2 meses | | |
| 18 | Falta o no funcionamiento de órgano par | | |
| 19 | Alergias | | |
| 20 | Tos crónica | | |
| 21 | Medicación habitual | | |
| 22 | Alergia a algún medicamento | | |
| 23 | Consume vitaminas | | |
| 24 | Problemas de piel | | |
| 25 | Usa anteojos | | |
| N° | ANTECEDENTES FAMILIARES | SI | NO |
| 26 | Muerte súbita en familiar menor de 50 años | | |
| 27 | Problemas cardíacos | | |
| 28 | Presión arterial elevada | | |
| 29 | Obesidad | | |
| 30 | Diabetes | | |
| 31 | Colesterol elevado | | |
| 32 | Tos crónica | | |

