



FICHA DE DATOS 20.....

Año:

Curso:

Turno: M - T- V - Rec-AA

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE				
Apellido:	Nombre:	DNI:		
Fecha de Nacimiento: / /	Grupo sanguíneo:	Factor:		
Domicilio:		Tel particular:		
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:		
E.mail:				
Cobertura médica (obra social, prepaga, etc.) N° de Afiliado:				
¿Posee certificado de discapacidad? (motriz/mental/visceral):				
En caso de accidente comunicarse con				
Apellido:	Nombre:	DNI:		
Parentesco:	Tel particular:	Tel. Celular:		
Domicilio:		Localidad:		
Provincia:	E.mail:			
Actualización de Ficha Médica				
Frecuencia cardíaca:	Frecuencia respiratoria:	Tensión arterial basal:		
Altura:	Peso:			
Marcar con una X según corresponda. En caso de marcar SI, completar 'Detalle'	SI	NO	Detalle	
Familiares con muerte súbita				
Dolores de pecho				
Enfermedades infectocontagiosas				
Enfermedades metabólicas				
Enfermedades respiratorias				
Enfermedades cardiovasculares				
Enfermedades articulares				
Enfermedades neurológicas				
Enfermedades actuales				
Cirugías recientes				
Toma medicación				
Episodios de síncope o desmayo				
Tratamiento psicológico/psiquiátrico				
Alergias				
Sufrió lesiones traumatológicas (fractura, luxaciones, esguinces a repetición, etc)				
Presenta alguna disminución en sus capacidades físicas				
Apartado COVID-19			SI	NO
Padeció Covid-19				
Realizo chequeos por posibles secuelas de covid-19				
Presenta esquema completo de vacunación Covid-19 (3 dosis)				
Otras cuestiones a considerar en torno al covid-19:				

Tomo conocimiento que los datos consignados en esta ficha tienen carácter de declaración jurada, y me comprometo a informar de forma escrita cualquier cambio que se produzca en la misma. Asimismo, autorizo, en caso de necesidad médica, ser derivado al centro de salud más cercano (según complejidad y/o disponibilidad).

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ :

Aclaración: \_\_\_\_\_ Lugar y fecha: .....