

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 sincope 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: ……………………………………….