

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: ……………………………………….