FICHA DE DATOS 20… Año: Curso: Turno: /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:  |
| Presenta certificado de discapacidad?: |
| 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 |  |
|  |  | Es alérgico |  |
|  |  | Padeció Covid 19 |  |
|  |  | Padeció Dengue |  |
|  |  | Sufrió lesiones traumatológicas (fractura, luxaciones, esguinces a repetición, etc) |  |
|  |  | Presenta alguna disminución en sus capacidades físicas |  |

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:

Aclaración:

DNI:

Lugar y fecha: