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: