



Certificado de Salud

Certificado de Salud Ficha Médica

DATOS PARTICULARES:

- Apellido y Nombre:
- DNI/ Pasaporte:
- Estado Civil:
- Domicilio: / Localidad:
- País:
- En caso de ser necesario avisar a:
- Nombre: / Tel:
- Nombre: / Tel:

Sr. Médico:
Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.
Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia.

FICHA MÉDICA:

- Grupo Sanguíneo: Factor:
- Observaciones:
-
-

Ha tenido o tiene ahora alguna de las siguientes afecciones o problemáticas de salud:
 (Por cada respuesta afirmativa, explique y dé fecha).

- Asma bronquial:
- Úlcera gastroduodenal:
- Fiebre reumática:



Certificado de Salud

- Diabetes:
- Enfermedades cardíacas:
- Convulsiones:
- Tuberculosis:
- Vértigos o mareos:
- Dolor de cabeza severo:
- Problemas emocionales:
- Hernias:
- Hipertensión arterial:
- Otra enfermedad seria:
- Apendicetomía:
- Traumatismos de cráneo:.....
- Transfusiones:
- Fracturas:
- Traumatismos de columna:
- Otra operación :

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?

- Ojos, nariz o garganta:
- Tórax, pulmones, corazón:
- Cabeza, cuello:
- Abdomen, estómago, intestinos:



Certificado de Salud

Tiene Ud. reacción alérgica a:

- Suero:
- Drogas:
- Alimento:
- Otros: *(Si su contestación es afirmativa dé el nombre y tipo de reacción)*
.....

Certificado de Salud

En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un estado de salud tal que le permite su normal desempeño como: Estudiante /Docente /Personal en la Universidad Nacional de San Juan.

Asimismo certifico que el mismo no padece enfermedades infectocontagiosas ni trastornos mentales, ni presenta incapacidades que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son correctos.

Firma y Sello del Médico

Aclaración:

Teléfono:

Domicilio:

Fecha: