



FICHA MÉDICA - CICLO LECTIVO

1. DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellido y Nombres

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Teléfono:

¿Cuenta con cobertura social? (en caso afirmativa indique cobertura y n° de afiliado)

En caso de urgencia o necesidad, avisar a:

1-Apellido y Nombres

Vínculo:

Teléfono:

2-Apellido y Nombres

Vínculo:

Teléfono:

2. ANTECEDENTES Y TRATAMIENTOS

2.1 ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI () NO ()

En caso afirmativo, indique diagnóstico y tratamiento:

2.2 ¿Tiene algún tipo de alergia?

SI () NO ()

En caso afirmativo, indique diagnóstico y tratamiento:

2.3 ¿Toma algún medicamento permanente?

SI () NO ()

En caso afirmativo, indique diagnóstico y tratamiento:

3. OTROS DATOS QUE CONSIDERE ÚTILES:

Recuerde que los datos consignados en este formulario tienen carácter de declaración jurada.-



.....
Firma y sello - Médico

.....
Sello - Institución

.....
Firma y aclaración-Alumno