

ANEXO I - FICHA MEDICA

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DIRECCION:

TELEFONO:

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE:

TELEFONO:

A continuación se solicitan datos relacionados con su salud psicofísica, necesarios para brindarle los primeros auxilios en caso de producirse una emergencia.

Nº	Cuestionario	SI	NO	Medicación Dosis-Otro
1	Señale cual de las siguientes enfermedades padeció: a) Sarampión b) Varicela c) Rubéola d) Tos convulsa e) Escarlatina f) Parotiditis g) Hepatitis A h) Hepatitis B/C i) Otra			
2	Señale cual de las siguientes enfermedades padece . Si recibe tratamiento, cual es el mismo , medicamento y dosis : a) Diabetes b) Hipertensión arterial c) Enfermedad cardiológico(arritmias , isquemia etc) d) Epilepsia/ Convulsiones e) Otra enfermedad neurológica f) Hipertensión ocular(glaucoma) g) Asma bronquial h) Otro trastorno bronquial i) Enfermedad gastrointestinal (gastritis, úlcera, hemorroides etc) j) Enfermedad de la sangre (trastornos de la coagulación, etc) k) Enfermedades osteomusculares (cervicalgia, lumbalgia, tendinitis etc) l) Enfermedades de las venas (várices , úlceras) varicosas ll) Mareos, Vértigo m) Hernia inguinal, umbilical n) Trastornos de ansiedad, crisis de pánico o) Otra			

continúa en página siguiente....

....viene de página anterior

Nº	Cuestionario	SI	NO	Medicación Dosis-Otro
3	Es alérgico a: Medicamentos Alimentos Condimentos Insectos Otro			
4	Respecto a la alimentación: a) Es variada c) Vegetariana d) Requiere dieta especial (hiposódica, sin hidratos de carbono etc)			
5	Vacunación: a) Antitetánica completa b) Antitetánica incompleta c) Antihepatitis A d) Antihepatitis B e) Otra			
6	Indique N° de credencial y teléfono de Servicio de Medicina Prepago, Obra Social o Seguro Médico			
7	Alguna aclaración que desee efectuar			

Firma y aclaración del interesado