



## FICHA MÉDICA

**Apellido y Nombres:** .....

Diócesis: ..... Parroquia: .....

Área: ..... Sección: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Teléfono: .....

Grupo y factor Sanguíneo: .....

Obra Social: ..... N° de Afiliado: .....

### Antecedentes de la Infancia

¿Nació en parto normal?  Sí  No

En caso de contestar No, comente en forma resumida el problema:  
.....

### Vacunaciones

	SI	NO
BCG		
Doble		
Antimeningococcica (Meningitis)		
Antisarampionosa		
Dengue		
COVID		

Otras: .....

Refuerzo antitetánica:  Sí  No

En caso de contestar que Sí, indique fecha y cantidad de dosis recibida:  
.....

### Enfermedades, Alergias y Tratamientos:

¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente?  SI  NO

¿Por qué enfermedad? .....

¿Toma algún medicamento?  SI  NO ¿Cuál?.....

¿Qué dosis y frecuencia diaria?.....

Automedicación (¿Se medica solo?) .....

¿Tuvo algún accidente, cirugía, internación o procedimiento médico en el último año?  SI  NO

¿Por qué motivo? .....



¿Padece o padeció alguna de las enfermedades que se mencionan a continuación?

	Si	No		Si	No
Gastritis o Ulcera			Enfermedades de los intestinos		
Hepatitis			Enfermedades renales crónicas		
Mononucleosis			Cólicos Renales		
Sarampión			Infecciones Urinarias		
Rubéola			Enfermedades de los huesos o articulaciones		
Varicela			Colesterol		
Paradotis (Paperas)			Cocoluchectos convulsa		
Fiebre Reumática			Enfermedades psiquiatritas		
Escoliosis o enf. de la columna			Enfermedades Cardíacas		
Esguinces o luxaciones			Hipertensión Arterial		
Hernias inguinales u otras			Anemia		
Enfermedades de los pulmones			Procesos inflamatorios o infecciones		
Enfermedades hemorrágicas			Hipertensión Arterial		
Problemas de coagulación			COVID		
Convulsiones			Dengue		
Enfermedades psiquiátricas					

Otras: .....

	Si	No	
Diabetes			¿Tipo de medicación?
Alergia			En caso de afirmativo, ¿a qué es alérgico? a. Alimentos: b. Medicamentos: c. Picaduras de insectos: Aclarar cuáles: .....
Traumatismo de cráneo			¿Con pérdida de conocimiento?
Fracturas			¿Cuál?
Epilepsia y disritmia			¿Cuál?

Firma: .....

Aclaración: .....

DNI: .....

(En caso de ser menor de 18 años, debe estar firmada por un parente/tutor)