



## FICHA MÉDICA PERSONAL



Nro. Ficha:	Fecha:	
Concepto:	Nro. Socio <sup>1</sup> :	Categoría:
APELLIDO Y NOMBRE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	TEL	
Factor y Grupo Sanguíneo		

	SI	NO
1. ¿Fuma? ¿Qué cantidad?..... ¿Desde cuándo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Consume alcohol habitualmente? ¿Qué cantidad?..... ¿Qué tipo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es tomador habitual de aspirinas u otros analgésicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Recibe algún tratamiento médico? ¿Cuál? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha perdido peso en los últimos 6 meses? ¿Cuántos kilos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Usa o ha usado drogas ilícitas? ¿Cuáles?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha vivido en el interior o en otro país más de 6 meses? Mencione dónde: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Conoce la vinchuca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Posee animales domésticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha sido portador de enfermedades parasitarias (oxirios, giardias, ascaris, toxoplasmosis)? ¿Cuáles? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> El uso del género masculino en referencia a personas, incluye al género femenino.

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
12. ¿Ha tenido o padece con regularidad dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha padecido accidentes serios con pérdida de conciencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha tenido convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tenido vértigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido inestabilidad o pérdida de conciencia sin causa aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha tenido dificultades de aprendizaje en el colegio? ¿Repitió algún año?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Tiene pérdida de la visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Usa habitualmente anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Tiene pérdida de la audición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Ha sido tratado por alguna enfermedad auditiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Ha sido internado alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? ¿De qué? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Ha recibido el plan de vacunación completo? (Triple, Sabín, BCG, MMR, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Ha padecido alguna enfermedad infectocontagiosa? (Hepatitis, Meningitis, Brucelosis, otra) ¿Cuál? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Ha padecido alguna enfermedad venérea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Sufre de alguna enfermedad alérgica? (Asma, sinusitis, urticarias, pólipos nasales) ¿Cuál?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Ha padecido alguna enfermedad respiratoria de importancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Le falta aire con regularidad al hacer algún esfuerzo acostumbrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Ha tenido dolor precordial que lo inquieta alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Ha tenido hipertensión arterial? (mín. > 90 mmHg; máx. > 140 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Es común en Ud. tener palpitaciones frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Ha consultado a un cardiólogo por alguna razón particular alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Padece alguna enfermedad metabólica importante? (Diabetes, hipercolesterolemia, gota, hiper o hipotiroidismo, exceso de peso) ¿Cuál?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Padece de alguna enfermedad digestiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Padece dolor o acidez gástrica, vómitos, dolor abdominal? ¿Cuál? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
37. ¿Tiene hernias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿Ha padecido deposiciones con sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Ha orinado con sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ¿Ha padecido de infecciones urinarias y/o cólicos renales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ¿Ha padecido de alguna enfermedad renal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ¿Ha padecido golpes en los genitales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. ¿Tiene pie plano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ¿Padece de alguna enfermedad dermatológica? ¿Cuál? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. ¿Padece de alguna enfermedad ósea o articular (Escoliosis u otras)? ¿Cuál? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. ¿Tiene várices?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. ¿Alguien en su familia ha padecido alguna vez hipertensión, enfermedad coronaria, alergias? ¿Cuál? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. ¿Tiene médico de cabecera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. ¿Lo visita con regularidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. ¿Que deportes practica con frecuencia? ..... .....		
51. ¿Desea hacer algún comentario referido a las preguntas realizadas? ..... .....		

**DATOS SOBRE COBERTURA MEDICA:**

Nombre de la Entidad a la que está afiliado (prepaga, obra social, cooperativa, mutual, etc..)
Número de afiliado a esa cobertura médica:
Teléfono de urgencias:
Nombre del familiar al cual notificar:
Teléfono:

FIRMA DEL SOCIO

## EXAMEN FÍSICO

T/A:	F/C:
E Resp.:	Peso:
Altura:	
CABEZA Y CUELLO:	
APARATO CIRCULATORIO:	
APARATO RESPIRATORIO:	
APARATO DIGESTIVO:	
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:	
EXAMEN UROGENITAL Y HERNIAS:	
EXAMEN NEUROLÓGICO:	
PIEL, FANERAS y MÚSCULO ESQUELÉTICO:	
OBSERVACIONES DEL MÉDICO:	

FIRMA DEL MÉDICO