



## FICHA MÉDICA PERSONAL



(Para ser completada por el socio o madre/ padre/ tutor en caso de ser menor de edad)

APELLIDOS Y NOMBRES:	
Nro. Socio <sup>1</sup> :	Categoría: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Cambio de categoría
Nro. Ficha: (a llenar por la Administración)	Fecha:
FECHA DE NACIMIENTO:	TEL:
Grupo y factor sanguíneo:	

### ANTECEDENTES FAMILIARES

SI NO

1. Tiene su familia cobertura médica
2. Cómo está compuesta la familia directa del socio/aspirante a socio. Indique el número de: Padres \_\_\_\_\_ Hijos \_\_\_\_\_ Nietos \_\_\_\_\_
3. Alguien en su familia directa padece o ha padecido cáncer, ACV, hipertensión, enfermedades coronarias, alergias
4. Alguien en su familia directa ha muerto por cáncer, ACV, hipertensión, enfermedades coronarias, etc.
5. Ha vivido en el interior u otro país más de 6 meses    
Especifique dónde si ha sido durante los últimos 3 años \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES

1. Ha recibido el plan de vacunación completo (Triple, Sabin, BCG, MMR, Hepatitis)
2. Tiene médico de cabecera    
Especifique con qué regularidad lo visita \_\_\_\_\_
3. Indique qué deportes practica con frecuencia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Es fumador    
Cantidad diaria \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_

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

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

- |   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. Consume alcohol habitualmente<br>Cantidad diaria _____ Tipo _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Recibe tratamiento médico<br>Especifique _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Toma medicamentos<br>Especifique _____ Desde cuándo _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tiene alergia de algún tipo (medicamentos, alimentos, sustancias, etc)<br>Especifique _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ha sido internado (cirugías, accidentes, enfermedades, etc)<br>Motivo _____ Año _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Padece alguna enfermedad metabólica importante (diabetes, hipercolesterolemia, gota, hiper o hipotiroidismo, etc)<br>Especifique _____                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Padece alguna enfermedad autoinmune importante (lupus, artritis reumatoidea, esclerodermia, vasculitis, etc)<br>Especifique _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Padece o ha padecido alguna enfermedad respiratoria importante<br>Especifique _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ha tenido falta de aire al hacer algún esfuerzo acostumbrado<br>Cuándo fue la última vez _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Padece o ha padecido alguna enfermedad cardiológica (hipertensión, infartos, arritmias, etc)<br>Especifique _____ Año _____                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ha tenido falta de aire al hacer algún esfuerzo acostumbrado<br>Cuándo fue la última vez _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Tiene várices   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ha recibido transfusiones sanguíneas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ha padecido alguna enfermedad infectocontagiosa (HIV, hepatitis, meningitis, sífilis, brucelosis, etc)<br>Especifique _____ Tratamiento _____           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ha tenido o padece con regularidad dolores de cabeza  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ha sufrido de convulsiones, vértigos, inestabilidad o pérdida de la conciencia sin causas aparentes<br>Especifique _____ Cuándo fue la última vez _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

- |  | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 21. Padece o ha padecido alguna enfermedad digestiva   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Padece o ha padecido dolor o acidez gástrica, vómitos, dolor abdominal o deposiciones con sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Especifique _____  |                          |                          |
| 23. Padece o ha padecido alguna enfermedad renal (infecciones urinarias, hematuria, cálculos, etc)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Especifique _____  |                          |                          |
| 24. Padece o ha padecido alguna enfermedad ósea o articular (escoliosis, hernias, pie plano u otras) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Especifique _____  |                          |                          |
| 25. Padece alguna enfermedad dermatológica   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Especifique _____  |                          |                          |
| 26. Tiene antecedentes de alguna enfermedad auditiva   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Especifique _____  |                          |                          |
| 27. Tiene antecedentes de alguna enfermedad oftalmológica  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Especifique _____  |                          |                          |
| 28. Utiliza anteojos o lentes de contacto  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si tiene observaciones o agregados con datos clínicos que considere de relevancia escríbalos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATOS SOBRE COBERTURA MÉDICA:**

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 Y ACLARACIÓN DEL SOCIO  
(si es menor de 13 años, debe firmar el padre, madre o tutor)

NOMBRE Y APELLIDO:

**FICHA MÉDICA PERSONAL**  
**(para ser completada por el profesional médico)**

NOMBRE Y APELLIDO:			
Edad:	Sexo:	Peso:	Altura:
Frecuencia cardíaca:		Frecuencia respiratoria:	
Tensión Arterial:		Temperatura:	
<b>EXAMEN FÍSICO</b>			
CABEZA Y CUELLO:			
SISTEMA CARDIO CIRCULATORIO:			
SISTEMA RESPIRATORIO:			
SISTEMA DIGESTIVO:			
SISTEMA URINARIO:			
APARATO GENITAL:			
APARATO MÚSCULO ESQUELÉTICO			
PIEL Y ANEXOS			
EXAMEN NEUROLÓGICO			
OBSERVACIONES:			
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:			
<p>Por la presente dejo constancia que el paciente al momento del presente examen <b>SE ENCUENTRA / NO SE ENCUENTRA</b> clínicamente en condiciones psicofísicas normales para realizar tareas o ejercicios acordes a su edad, sexo y estado madurativo.</p>			
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL		FECHA DEL EXAMEN	

\*Nota: Para ser aceptada la presente ficha, esta debe estar completa, la letra debe ser legible y debe estar consignada correctamente la firma y el sello del profesional interviniente como la del socio o familiar a cargo.