



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 ¹ :	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

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

ANTECEDENTES PERSONALES

- Ha recibido el plan de vacunación completo (Triple, Sabin, BCG, MMR, Hepatitis)
- Tiene médico de cabecera
Especifique con qué regularidad lo visita _____
- Indique qué deportes practica con frecuencia

- Es fumador
Cantidad diaria _____ Fecha de inicio _____

¹ El uso del género masculino en referencia a personas físicas, incluye al género femenino

NOMBRE Y APELLIDO: _____

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. Consume alcohol habitualmente
Cantidad diaria _____ Tipo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Recibe tratamiento médico
Especifique _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Toma medicamentos
Especifique _____ Desde cuándo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tiene alergia de algún tipo (medicamentos, alimentos, sustancias, etc)
Especifique _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ha sido internado (cirugías, accidentes, enfermedades, etc)
Motivo _____ Año _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Padece alguna enfermedad metabólica importante (diabetes, hipercolesterolemia, gota, hiper o hipotiroidismo, etc)
Especifique _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Padece alguna enfermedad autoinmune importante (lupus, artritis reumatoidea, esclerodermia, vasculitis, etc)
Especifique _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Padece o ha padecido alguna enfermedad respiratoria importante
Especifique _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ha tenido falta de aire al hacer algún esfuerzo acostumbrado
Cuándo fue la última vez _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Padece o ha padecido alguna enfermedad cardiológica (hipertensión, infartos, arritmias, etc)
Especifique _____ Año _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ha tenido falta de aire al hacer algún esfuerzo acostumbrado
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)
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
Especifique _____ Cuándo fue la última vez _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOMBRE Y APELLIDO: _____

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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:	
EXAMEN FÍSICO			
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 SE ENCUENTRA 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.