

FICHA MÉDICA

(Para ser completada por el médico de cabecera)

Apellido:.....

Nombres:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad:..... DNI:.....

Obra social:..... N°:.....

Antecedentes personales

Cardiopatías:

Asma:.....

Epilepsia:.....

Alergias:.....

Cirugías: Fecha:.....

Nefropatía:.....

Hipertensión:.....

Trastornos Psiquiátricos:.....

¿Toma alguna medicación en forma habitual? (Indicar droga y dosis)

.....

Observaciones:.....

.....

NOTA: En caso de cursar período de gestación, solicitar planilla anexa.

Fecha:...../...../.....

.....
Firma y Sello del Profesional

N° Matrícula:.....