



FICHA MÉDICA Y CERTIFICADO DE SALUD

Nombre y apellido: PEPPO BADIN Curso: 3.º B

DNI Nº: 54.356.026 Legajo Nº: _____

Domicilio: PIEDRA BUENA 1561 Localidad: VILLA ADCLINA

En caso de ser necesario avisar a:

Nombre y apellido: LAURA CARDOSO Teléfono: 11.6102.5893

Nombre y apellido: DEGTIAN BADIN Teléfono: 11.6664.9798

¿Está afiliado a algún seguro médico u obra social?

¿Cuál? OSDE Nº carnet: 61196198802 Tel.: 11.4872.9100

PARA EL MÉDICO:

Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.
Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia.
Apreciamos su minuciosidad al completar esta hoja.

DATOS BÁSICOS Y FUNDAMENTALES:

Grupo sanguíneo

AB ⊖

Observaciones: _____

¿Durante los últimos tres años fue internado alguna vez?

SÍ ☐

NO ☒

¿Por qué? _____

Ha padecido o padece:

Asma bronquial: NO Úlcera gastroduodenal: NO

Fiebre reumática: NO Diabetes: NO

Enfermedades cardíacas: NO Convulsiones: NO

Tuberculosis: NO Vértigos, mareos, desmayos: NO

Dolor de cabeza severo: NO Problemas emocionales: NO

Hernias: NO Hiper o hipotensión arterial: NO

Otra enfermedad seria: NO

Apendicectomía: NO Traumatismos craneo: NO

Transfusiones: NO Traumatismos columna: NO

Fracturas: NO

Otro accidente importante: NO

Otra operación importante: NO

Por cada sí explique y dé fechas: _____



¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?:

Ojos, nariz o garganta: NO Tórax, pulmones, corazón: NO
Cabeza, cuello: NO Abdomen, estómago, intestinos: NO
Sistema génito-urinario: NO Músculos, huesos: NO
Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos: _____ Piel: NO
Si su contestación es afirmativa, explique: _____

Tiene reacción alérgica a:	
Suero: <u>NO</u>	Alguna droga: <u>NO</u>
Alimento: <u>NO</u>	Otros: <u>NO</u>
En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: _____	
¿Recibe tratamiento permanente? ☐ SÍ ☒ NO	

Adjuntar certificado cardiológico anual y audiometría

Vacunas - Indique fechas: fotocopia

BCG _____ Triple Viral _____
Sabin _____ Triple Bacteriana _____
Neumococo _____ Quíntuple _____ Séxtuple _____
Hepatitis A _____ Hepatitis B _____

¿Toma alguna medicación en forma regular? _____
¿Cuál? _____ ¿En qué dosis? _____

OBSERVACIONES: _____

CERTIFICADO DE SALUD

En mi carácter de médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un estado de salud tal que le permite su normal desempeño como alumno. Asimismo, certifico que no padece enfermedades infectocontagiosas ni trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afecten tales actividades, y que los datos consignados en este documento son correctos.

Firma y sello del médico: [Firma]
Aclaración de la firma: Dra. Ma. Marta Arrobas
Fecha: 19/09/23 M.N. 85878 M.P. 446130
Dirección: Domage Sana 3008 Pediatra
Localidad: San Andrés
Teléfono: 4765 9867