

FICHA DE SALUD

APELLIDO Y NOMBRE: _____
DNI: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
DOMICILIO: _____
LOCALIDAD: _____ CP: _____
TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: _____
E-MAIL: _____
CARRERA ENFERMERÍA - AÑO: _____ DIVISIÓN: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS/QUIRÚRGICOS. Responder SÍ o NO. Completar si se requiere

Ha padecido rubeola?	Es epiléptico?
Varicela?	Posee prótesis de algún tipo? Especifique
Hepatitis?	Padece problemas cardíacos?
Quinta enfermedad?	Padece alguna enfermedad crónica? Especifique?
Diabetes? Es insulino dependiente?	Toma algún medicamento en forma regular? Cuál?
Asma u otro tipo de enfermedad respiratoria? Cuál?	Tuvo alguna cirugía? Especifique
Es alérgico a algún medicamento? Cuál?	Sufre convulsiones?
Tiene dificultad visual? Especifique?	Sufre desmayos?
Cantidad de embarazos: Cantidad de partos: Está embarazada actualmente?	Reumatismos?
Hernias?	Fuma?
Trastornos osteo-musculares?	Bebe alcohol?
Padece disminución auditiva?	Tuvo Covid 19?

Observaciones: _____

Firma - Sello del Profesional
N° de matrícula: