

**Solicitud de Admisión  
FICHA MEDICA Y CERTIFICADO DE SALUD**

**Datos Particulares**

Apellido y Nombre: ..... Legajo Nro.: .....

LE/LC/DNI/CI: ..... Estado Civil: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

En caso de ser necesario avisar a:

Nombre : ..... Tel..... Laboral: .....

Nombre : ..... Tel..... Laboral: .....

¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?

¿Cuál?: ..... nro.Carnet: ..... nro. a llamar: .....

**Sr. Médico:**

Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.  
Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia.

**Ficha Médica**

Datos Básicos y fundamentales: ..... Grupo Sanguíneo: .....

Ha tenido o tiene ahora:

Asma bronquial	Úlcera gastroduodenal
Fiebre reumática	Diabetes
Enfermedades cardíacas	Convulsiones
Tuberculosis	Vértigos o mareos
Dolor de cabeza severo	Problemas emocionales
Hernias	Hipertensión arterial
Otra enfermedad seria	

Por cada SÍ explique y de fechas: .....

.....  
.....

Apendicectomía	Traumatismos cráneo
Transfusiones	Traumatismos columna
Otra operación seria	Fracturas
Otro accidente importante	

Por cada SÍ explique y de fechas: .....

.....  
.....

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?

Ojos, nariz o garganta	Tórax, pulmones, corazón
Cabeza, cuello	Abdomen, estómago, intestinos
Sistema genético-urinario	Músculos, huesos
Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos	Piel

Si su contestación es afirmativa, explique: .....

.....  
.....

Tiene Ud. reacción alérgica a

Suero	Drogas
Alimento	Otros

Si su contestación es afirmativa dé el nombre y tipo de reacción: .....

.....

.....

Vacunas: indique fecha

Viruela	Difteria
Tétano	Polio

Toma alguna medicación en forma regular

¿Cuál?	¿En qué dosis?
--------	----------------

Padece enfermedades infecto contagiosas

¿Cuál?
--------

Indique incapacidades físicas: .....

.....

Indique incapacidades mentales: .....

.....

Indique enfermedades mentales: .....

.....

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/Docente/Personal

No goza de un estado de salud tal que le permita su normal desempeño como .....  
Alumno/Docente/Personal

Asimismo certifico que los datos consignados en este documento son correctos.

Por lo tanto,

Lo habilita       No lo habilita

Firma y Sello del Médico

para la práctica de:

**ACTIVIDADES DEPORTIVAS**  
(MARCAR CON UNA CRUZ LA CERTIFICACIÓN CORRECTA)

Teléfono: .....

Domicilio: .....

Fecha: .....