



**COLEGIO MILITAR DE LA NACIÓN
SECRETARÍA DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA
TALLERES DE TANGO Y FOLKLORE**

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

DATOS DEL PARTICIPANTE:

APELLIDO Y NOMBRES DEL PARTICIPANTE:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... EDAD:

DNI: GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR:

DOMICILIO:LOCALIDAD:

TELÉFONO:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

NOMBRE Y APELLIDO:VÍNCULO:TELÉFONO:

NOMBRE Y APELLIDO:VÍNCULO:TELÉFONO:

NOMBRE Y APELLIDO:VÍNCULO:TELÉFONO:

POSEE COBERTURA MÈDICA?: SÍ - NO (En caso afirmativo, adjuntar fotocopia de la credencial)

OBRA SOCIAL / PREPAGA

N ° AFILIADO:

EN CASO DE TRASLADO POR ACCIDENTE, RECURRIR A:

INSTITUCIÓN.....

DIRECCIÓN.....

ANTECEDENTES DE SALUD	SI	NO	OBSERVACIONES
1) ¿PADECE DE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?			
DIABETES			
ENFERMEDAD CARDÍACA			
HIPERTENSIÓN			
HERNIA			
ALERGIA (ACLARAR A QUÉ Y CÓMO LA TRATA)			
CONVULSIONES			
ASMA			
SINUSITIS, ADENOIDES, OTITIS (A REPETICIÓN)			
OTRAS (ACLARAR CUÁL)			
2) OPERACIONES (ACLARAR MES Y AÑO)			
DE APENDICITIS			
OTRAS			
3) EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES, ¿TUVO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?			
HEPATITIS			
SARAMPIÓN			
PAPERAS			
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA			
TUBERCULOSIS			
FRACTURAS, ESGUINCES O LUXACIONES (ACLARE DE QUÉ)			

	SI	NO	OBSERVACIONES
4) ¿MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA..			
...AUDITIVO? ¿CUÁL?			
...VISUAL? ¿CUÁL?			
...CON ALGÚN TIPO DE ALIMENTO? ¿CUÁL?			
...EL SUEÑO O EL DORMIR?, ¿CUÁL?			
...DE DESVIACIÓN DE COLUMNA?			
...DE PERDIDA DE COCIENCIA?			
...DE DESMAYOS POR GOLPE DE CALOR?			
	SI	NO	OBSERVACIONES
5) ¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? Indique el nombre de la medicación y duración del tratamiento			
6) INDIQUE SI SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO POR ALGUNA PATOLOGÍA. ACLARAR CUÁL Y ACOMPAÑAR CON CERTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE			

Otra indicación que le parezca importante señalar:

.....

.....

.....

.....

.....

La presente es sólo una declaración del participante para conocimiento de la institución, por lo tanto, no se requiere firma de profesional médico alguno.
Se sugiere completarla junto a algún familiar.

.....
FIRMA DEL PARTICIPANTE

Aclaración:

DNI: