



Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 MINISTERIO DE EDUCACION
 ESCUELA NORMAL SUPERIOR N° 6
 "Vicente López y Planes" Güemes 3859 (1425) C.A.B.A

La presente es una declaración personal, información auto declaratoria para conocimiento de la institución y sólo se utilizará en caso de emergencia. Por lo tanto, no requiere firma de profesional médico alguno.

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

APELLIDOS Y NOMBRES

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

DOMICILIO:LOCALIDAD:.....

TELÉFONO PERSONALCORREO ELECTRÓNICO.....

¿POSEE COBERTURA MÉDICA? Si/No N° AFILIADO:.....OBRA SOCIAL/PREPAGA.....plan.....

Hospital/Centro de salud público:.....

En caso de urgencia, contactar a

TELÉFONO:.....PERTENECEA:.....VÍNCULO:.....

TELÉFONO:.....PERTENECEA:.....VÍNCULO:.....

ANTECEDENTES DE SALUD

¿PADECE ALGUNA/S DE LA/S SIGUIENTE/S ENFERMEDAD/ES?	SI	NO	OBSERVACIONES
DIABETES (aclarar si es insulino dependiente)			
ENFERMEDAD CARDÍACA (soplo, palpitaciones, hipertensión u otras)			
HERNIA			
ALERGIA (ACLARAR A QUÉ Y CÓMO LA TRATA)			
CONVULSIONES			
ASMA			
EPILEPSIA			
FRACTURAS Y/O TRAUMATISMOS EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS			
OTRAS (ACLARAR CUÁL)			
¿TIENE EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN COMPLETO?			
- ANTITETÁNICA			
- HEPATITIS			
- SARAMPIÓN			

EXISTE ALGUNA ACTIVIDAD QUE NO PUEDE REALIZAR POR INDICACIÓN MÉDICA (POR EJ. DEPORTES O ESFUERZO FÍSICO)			
GRUPO SANGUÍNEO (si lo conoce):			
¿ESTÁ REALIZANDO ALGUN TRATAMIENTO? INDICAR CUÁL			
¿TOMA REGULARMENTE ALGÚN MEDICAMENTO? INDIQUE EL NOMBRE DE LA MEDICACIÓN Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO			
¿TIENE CONTRAINDICADO ALGÚN MEDICAMENTO? SI () NO () ¿Cuál / es?			
¿MANIFIESTA ALGUN PROBLEMA...	SI	NO	OBSERVACIONES
...AUDITIVO? ¿CUÁL?			
...VISUAL? ¿CUÁL?			
...CON ALGUN TIPO DE ALIMENTO? ¿CUÁL?			
...CUANDO VIAJA EN ALGUN MEDIO DE TRANSPORTE?			
...DE DESVIACIÓN DE COLUMNA?			
...DE PÉRDIDA DE CONCIENCIA?			
OTRAS (ACLARAR CUAL)			
¿MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA DE SALUD MENTAL?			
ATAQUES DE PÁNICO, CRISIS DE ANGUSTIA O EPISODIOS DE ANSIEDAD			
DIFICULTADES PARA DORMIR O CONCILIAR EL SUEÑO			
OTRAS (ACLARAR CUÁL)			
¿ESTÁ REALIZANDO ALGÚN TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL? INDICAR CUÁL			
OTRA SITUACIÓN DE SALUD QUE LE PAREZCA IMPORTANTE ACLARAR:			

Autorizo al personal de la ENS6 a solicitar y tramitar asistencia médica en caso de ser necesario.

Firma:

Aclaración:

Fecha:

D.N.I.