



## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD – Pagina 1 (DECLARACIÓN JURADA)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

FECHA

--	--

GRUPO SANGUINEO

OBRA SOCIAL / N° AFI.

TEL. DE EMERGENCIA OBRA SOCIAL

--	--	--

CONTACTO PERSONAL DE EMERGENCIA / NOMBRE / VINCULO

--

¿ESTÁS EN CONDICIONES DE REALIZAR LABORES QUE REQUIERAN ESFUERZO FÍSICO?    SÍ    NO  
 (indica con un circulo tu respuesta)

### ANTECEDENTES DE SALUD

¿PADECE o ha PADECIDO?	SI	NO	OBSERVACIONES (Detalle cual)
¿Antecedentes neurológicos? ¿Convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, parálisis, trastornos del habla, trastornos del lenguaje, trastornos del aprendizaje? ¿Accidentes cerebrovasculares? ¿Discapacidades neurológicas?			
¿Hernias? ¿Problemas de vesícula, etc.? ¿Se ha sometido a alguna cirugía relacionada?			
¿Afecciones de nariz, garganta, cuerdas vocales u oído?			
¿Alergias? (aclarar a qué). ¿Alergia a la penicilina o a algún otro medicamento?			
¿Alteraciones pleuropulmonares, asma, bronquitis crónica, EPOC, infecciones, etc.?			
¿Alteraciones visuales, miopía, estrabismo, glaucoma, problemas de retina, córnea, etc.?			



## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD – Pagina 2 (DECLARACIÓN JURADA)

ANTECEDENTES DE SALUD			
¿PADECE o a PADECIDO?	SI	NO	OBSERVACIONES (Detalle cual)
¿Angina de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, cansancio, etc.?			
¿Diabetes, gota, alteraciones de la tiroides? ¿Se aplica insulina? ¿Utiliza medicación para la diabetes?			
¿Enfermedades congénitas o hereditarias? ¿Enfermedades inmunológicas y degenerativas? ¿Enfermedades de déficit inmunológico, etc.?			
¿Está actualmente en tratamiento médico y/o en estudio por alguna afección? ¿Lo ha estado en el último año?			
¿Ingiere alguna medicación? Detalle droga y dosis.			
Afecciones musculares y/o de los huesos; ¿columna, cadera, rodilla, manos, etc.? ¿Se ha sometido a cirugías de columna? ¿Se ha sometido a artroscopías de rodilla, de las articulaciones o de otra región? ¿Prótesis? ¿Escoliosis? ¿Está en tratamiento kinésico?			

Otra indicación que le parezca importante señalar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este documento es accesible ante situaciones de emergencia para que los equipos de salud intervinientes tengan toda la información necesaria para el cuidado de tu salud.

Firma

Aclaración

DNI/PASS