



## 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<br>(Detalle cual) |
|---|----|----|---------------------------------|
| ¿Antecedentes neurológicos? ¿Convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, parálisis?<br>¿Accidentes cerebrovasculares?<br>¿Discapacidades neurológicas? |    |    |                                 |
| ¿Trastornos del habla, trastornos del lenguaje, trastornos del aprendizaje?   |    |    |                                 |
| ¿Hernias?<br>¿Problemas de vesícula, etc.?<br>¿Se ha sometido a alguna cirugía relacionada?   |    |    |                                 |
| ¿Afecciones de nariz, garganta, cuerdas vocales u oído?   |    |    |                                 |
| ¿Alergias? (aclarar a qué).<br>¿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<br>(Detalle cual) |
| ¿Angina de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, cansancio, etc.?  |    |    |                                 |
| ¿Diabetes, gota, alteraciones de la tiroides?<br>¿Se aplica insulina? ¿Utiliza medicación para la diabetes?  |    |    |                                 |
| ¿Enfermedades congénitas o hereditarias?<br>¿Enfermedades inmunológicas y degenerativas?<br>¿Enfermedades de déficit inmunológico, etc.?   |    |    |                                 |
| ¿Está actualmente en tratamiento médico y/o en estudio por alguna afección?<br>¿Lo ha estado en el último año?   |    |    |                                 |
| ¿Ingiere alguna medicación?<br>Detalle droga y dosis.  |    |    |                                 |
| Afecciones musculares y/o de los huesos; ¿columna, cadera, rodilla, manos, etc.?<br>¿Se ha sometido a cirugías de columna?<br>¿Se ha sometido a artroscopías de rodilla, de las articulaciones o de otra región?<br>¿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