

DIVISIÓN SALUD
U.F.S.P.M. FICHA MÉDICA
DECLARACIÓN JURADA

DATOS PERSONALES

Apellido Y Nombre:

DNI N°:

Fecha De Nacimiento:

Edad:

Grupo Sanguíneo:

Nacionalidad:

Domicilio:

Contacto De Urgencia:

Todos los campos solicitados en esta declaración jurada deben estar completos al momento de la admisión de lo contrario no se aceptará la misma.

HISTORIA CLÍNICA

Estado Nutricional

Peso..... Talla..... IMC.....

Intolerancia y alergias alimentarias: Sí..... No.....

Detallar.....

Alergias

Sí..... No..... Especifique cuál.....

.....

Antecedentes de COVID-19

¿Padeció la enfermedad? Sí..... No..... Fecha de inicio de síntomas.....

¿Requirió internación? Sí..... No..... Fecha de inicio y alta:

¿Cuáles fueron los síntomas que presentó durante la enfermedad?.....

.....

.....

¿Realizó controles de salud posterior al covid-19? Sí..... No.....

¿Cuáles?.....

¿Realiza actividad física posterior al covid-19? Sí..... No..... ¿Cuál?.....

VACUNA CONTRA EL COVID-19: ¿Se realizó? Sí..... No..... ¿Cuál?.....

1er dosis..... 2da dosis..... En caso de responder NO justificar el motivo.....

Adjuntar fotocopia del carnet

Tratamientos con fármacos

Sí..... No..... Especificar (Nombre Comercial – Droga – Dosis – Horario).....

Psicofármacos

Sí..... No..... Especificar (Nombre Comercial – Droga – Dosis – Horario).....

Estado respiratorio

Normal..... Patológico (especificar).....

Antecedentes de enfermedades respiratorias crónicas: Sí..... No.....

Especificar: Asma..... Rinitis alérgica:

EPOC..... Otros.....

Estado cardiovascular

Normal..... Patológico (especificar).....

Tonos cardíacos..... F.C..... T/A.....

Venas y arterias Normal..... Patológico.....

Varices: Sí..... No..... Especificar.....

Sistema nervioso

Observaciones.....
.....

Sistema digestivo

Normal..... Patológico (especificar).....
.....

Hernia Sí..... No..... Especificar.....

Hemorroides Sí..... No..... Celíaco Sí..... No.....

Observaciones.....

Oftalmología

Normal..... Patológico (especificar).....
.....

Agudeza visual OD..... OI.....

Uso de anteojos Sí.....No..... Permanente..... Semipermanente.....

Odontología

Normal..... Patológico (especificar).....

Caries Dentales Sí..... No..... Especificar.....

Resultado Radiografía De Tórax

.....
.....

Hábitos

¿Fuma? Sí..... No..... Cantidad por día.....

¿Consume Drogas? Sí..... No..... Especificar.....

¿Alcohol? Sí..... No..... Ocasional.....

Historia ginecológica

Fecha De Última Menstruación

Embarazo.....

¿Hijos? Sí..... No..... Cantidad.....

¿Parto Normal? Sí..... No..... Cantidad.....

¿Cesárea? Sí..... No..... Cantidad.....
¿Abortos? Sí..... No..... Cantidad.....
¿Ginecopatías? Sí..... No..... Especificar.....
Métodos Anticonceptivos Especificar: Orales..... Inyectables.....
Implante Subdérmico..... Parches..... Otros.....
.....

EXAMEN MÉDICO

Antecedentes Quirúrgicos

¿Cirugías? Sí..... No..... Especificar.....
.....

Antecedentes Traumatológicos

Lesión Traumática Sí..... No Especificar (Esguince-Luxación-Fractura)
.....

Cicatrices y/o Tatuajes Sí..... No..... Especificar Lugar.....
.....

Antecedentes Deportivos

Realiza Deportes Sí..... No..... Especificar tipo y frecuencia.....
.....

Internaciones en los últimos dos años

Motivo.....
Tiempo Aproximado Internación

Calendario De Vacunación Completo

Sí..... No..... Vacuna Faltante.....

Anexar fotocopia del calendario de vacunación completo no se aceptarán originales al momento de la admisión.

Antecedentes Familiares

Enfermedades	Padre	Madre	Hermanos	Hijos
Artritis o Reumatismo				
Asma				
Cáncer				
Diabetes				
Afecciones cardiacas				
Hipertensión Arterial				
Ulcera de estómago duodeno				
Enfermedad renal				
Tuberculosis				
Enfermedad Mental				
Enfermedad de Tiroides				
Muerte Súbita				
Celiaquía				
Fallecimiento y causa				

Antecedentes Generales

Abandono De Empleo por razones de Salud Sí..... No..... Motivo.....

.....

Recibió o tiene pendiente indemnización por accidente laboral o enfermedad Sí.....

No..... Motivo.....

Percibe algún cobro de pensión por Discapacidad: Sí.....No..... Motivo.....

.....

Los datos que se le consignen es este formulario revisten carácter de declaración jurada, mentir u omitir información es una falta gravísima que podría ser sancionada con la baja.

Lugar Y Fecha

.....

.....

Firma Y Declaración Del Aspirante

Firma Y Declaración Del Médico