

**FICHA MÉDICA.****Apellido y Nombre:**.....Domicilio:.....Localidad:.....TE:.....CELULAR:.....DNI.:...../CI:..... Número:.....Fecha de Nacimiento:...../...../.....-**Tiene cobertura tipo asistencia al viajero, Obra social y/o sis-**Tema prepago:.....-Cual:.....En caso de urgencia avisar a:.....Parentesco:.....TE:.....Grupo Sanguíneo:.....- Rh:.....-Se aplicó la vacuna antitetánica: Si:.....- No:.....-Cuando:.....Alergias:.....Es asmático:.....Diabetes:.....- Epilepsia o disritmia:.....Antecedentes traumatológicos:.....Toma medicación:.....Cual:.....

Tiene intolerancia a algún medicamento:.....

Cual:.....

Usa lentes de contactos:.....Tiene prótesis dental:.....

Examen del aparato cardiocirculatorio:

Genitourinario:

Nombre y Apellido del Médico:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....TE:.....

Firma y sello del Medico: