

Datos Particulares

Apellido y Nombre:

Legajo N°:

DNI / PASAPORTE / OTROS:

Estado Civil: Domicilio:

Localidad:

Provincia:

En caso de ser necesario avisar a:

Nombre: _____

Tel: _____

Nombre: _____

Tel: _____

¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?

¿Cuál? _____

N° Carnet: _____

N° de contacto: _____

Profesional Médico:

Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.

Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia.

Ficha Médica

Datos Básicos y Fundamentales:

Grupo Sanguíneo: _____

Observaciones:

Ha tenido o tiene ahora:

☐ Asma bronquial:

☐ Úlcera gastroduodenal:

- ☐ Fiebre reumática;
- ☐ Diabetes:
- ☐ Enfermedades cardíacas;
- ☐ Convulsiones:
- ☐ Tuberculosis;
- ☐ Vértigos o mareos:
- ☐ Dolor de cabeza severo:
- ☐ Problemas emocionales:
- ☐ Hernias:
- ☐ Hipertensión arterial: Otra enfermedad :
- ☐ Por cada Sí explique e indique fechas:
- ☐ Apendicectomía:
- ☐ Traumatismos cráneo:
- ☐ Transfusiones:
- ☐ Traumatismos columna:
- ☐ Fracturas:
- ☐ Otro accidente importante:
- ☐ Otra operación :
- ☐ Por cada Sí explique e indique fechas:
- ☐ ¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?
- ☐ Ojos, nariz o garganta:
- ☐ Tórax, pulmones, corazón:
- ☐ Cabeza, cuello:
- ☐ Abdomen, estómago, intestinos:
- ☐ Sistema genital - urinario:
- ☐ Músculos, huesos:
- ☐ Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos:
- ☐ Piel:

Si su contestación es afirmativa, explique:

Tiene Ud. reacción alérgica a:

- ☐ Suero:
- ☐ Drogas:
- ☐ Alimento:

Otros:

Si su contestación es afirmativa especifique el nombre y tipo de reacción

Toma alguna medicación en forma regular:

Antecedentes en Salud Mental

¿Tiene alguna condición de salud mental?. Especifique cual:

¿Ha recibido o recibe tratamiento psiquiátrico, psicológico, etc.?. Especifique :

¿Consume alguna medicación de manera regular o para situaciones específicas?. Especifique :

Antecedentes como persona con discapacidad

¿Tiene alguna condición?. Marque según corresponda:

- ☐ Ninguna
- ☐ Condición Física
- ☐ Condición Cognitiva
- ☐ Condición Visual
- ☐ Condición Auditiva
- ☐ Otras Neurodivergencias

En base a lo seleccionado, especifique diagnóstico:

En caso de contar con Certificado Único de Discapacidad o informe de equipo tratante, deberá compartirlo junto con la ficha médica.

¿Requiere apoyos específicos para el acceso a la educación?. Especifique

Certificado de Salud

En mi carácter de médico dejé Constancia de que la persona titular de la presente ficha médica, según los datos aportados por ésta, se encuentra en condiciones de desempeñarse como estudiante en la Universidad Siglo 21.

Asimismo, declare que, según la información recabada, no se identifican condiciones de salud que impidan la participación plena en las actividades académicas. Los datos consignados en este documento tienen estado de declaración jurada y son correctos.

Firma y Sello del

Profesional _____

Nº de matrícula: _____

Aclaración: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____