

# FICHA MÉDICA CERTIFICADO DE SALUD

## Datos Particulares

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Legajo N°: \_\_\_\_\_  
LE / LC / DNI / CI: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
En caso de ser necesario avisar a:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

### ¿Está afiliado/a a algún seguro médico u Obra Social?

¿Cuál? \_\_\_\_\_ N° Carnet: \_\_\_\_\_ N° a Llamar: \_\_\_\_\_  
Médico/a de cabecera: (SI/NO)  
Nombre y Apellido de médico/a de cabecera: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

## Antecedentes de interés. Para ser completado por el/la estudiante.

¿Ha tenido o tiene ahora? (Completar SI ó NO)

Asma bronquial: \_\_\_\_\_ Ulcera gastroduodenal: \_\_\_\_\_ Fiebre reumática: \_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_  
Enfermedades cardíacas: \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Tuberculosis: \_\_\_\_\_  
Vértigos o mareos: \_\_\_\_\_ Dolor de cabeza severo: \_\_\_\_\_ Problemas emocionales: \_\_\_\_\_  
Hernias: \_\_\_\_\_ Hipertensión arterial: \_\_\_\_\_ Otra enfermedad seria: \_\_\_\_\_

Por cada Sí explique y dé fechas: \_\_\_\_\_

Apendicectomía: \_\_\_\_\_ Traumatismos cráneo: \_\_\_\_\_ Transfusiones: \_\_\_\_\_ Traumatismos columna: \_\_\_\_\_  
Fracturas: \_\_\_\_\_ Otro accidente importante: \_\_\_\_\_ Otra operación seria: \_\_\_\_\_

Por cada Sí explique y de fechas: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?

Ojos, nariz o garganta: \_\_\_\_\_ Tórax, pulmones, corazón: \_\_\_\_\_ Cabeza, cuello: \_\_\_\_\_ Abdomen,: \_\_\_\_\_

Sistema urinario: \_\_\_\_\_ Músculos, huesos: \_\_\_\_\_ Sangre o linfáticos: \_\_\_\_\_ Piel: \_\_\_\_\_ Si su contestación es afirmativa, explique. \_\_\_\_\_

- Ha cursado internaciones en el último año?

\_\_\_\_\_

- Ha tenido necesidad de realizar consultas en servicios de Guardias de Salud?

Por cada Sí explique y de fechas: \_\_\_\_\_

### Tiene Ud. reacción alérgica a:

Suero: \_\_\_\_\_ Medicamento: \_\_\_\_\_ Alimento: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Si su contestación es afirmativa dé el nombre y tipo de reacción :

\_\_\_\_\_

### Vacunas: Indique fecha y debe adjuntar copia del certificado de vacunación

Hepatitis B: \_\_\_\_\_ Antitetánica/Doble : \_\_\_\_\_ COVID: \_\_\_\_\_

Toma alguna medicación en forma regular: \_\_\_\_\_

¿Cuál?: \_\_\_\_\_ ¿En qué dosis?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Existe alguna situación en la que requiera una atención médica o asistencia particular. (Por ejemplo ataques de pánico, convulsiones, etc.)  
Indique cuáles:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alguna de sus condiciones de salud no le permiten realizar la práctica de actividades deportivas u otras actividades que generen una situación de riesgo para su salud. Indique cuales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consideraciones y/o recomendaciones específicas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Certificado de Salud**

En mi carácter de médico/a certifico que el/la titular de la presente ficha médica, goza de un estado de salud que le permite desempeñarse como alumno/a en la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO y no pone en riesgo las condiciones sanitarias de su entorno. Así mismo certifico que los datos consignados en este documento son correctos.

Firma y Sello del Médico \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_