

FICHA DE SALUD

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ CP: _____

TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: _____

E-MAIL: _____

CARRERA RADIOLOGÍA - AÑO: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS/QUIRÚRGICOS. Responder Sí o NO. Completar si se requiere

| | |
|---|---|
| Ha padecido rubeola? | Es epiléptico? |
| Varicela? | Posee prótesis de algún tipo? Especifique |
| Hepatitis? | Padece problemas cardíacos? |
| Quinta enfermedad? | Padece alguna enfermedad crónica? Especifique? |
| Diabetes? Es insulinodependiente? | Toma algún medicamento en forma regular? Cuál? |
| Asma u otro tipo de enfermedad respiratoria? Cuál? | Tuvo alguna cirugía? Especifique |
| Es alérgico a algún medicamento? Cuál? | Sufre convulsiones? |
| Tiene dificultad visual? Especifique? | Sufre desmayos? |
| Cantidad de embarazos: Cantidad de partos: Está embarazada actualmente? | Reumatismos? |
| Hernias? | Fuma? |
| Trastornos osteo-musculares? | Bebe alcohol? |
| Padece disminución auditiva? | Tuvo Covid 19? |

Observaciones: _____

Firma - Sello del Profesional

N° de matrícula: