

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?	
Quinta enfermedad?	Padece problemas cardíacos?
Diabetes? Es insulino dependiente?	Padece alguna enfermedad crónica? Especifique?
Asma u otro tipo de enfermedad respiratoria? Cuál?	Toma algún medicamento en forma regular? Cuál?
Es alérgico a algún medicamento? Cuál?	Tuvo alguna cirugía? Especifique
Tiene dificultad visual? Especifique?	Sufre convulsiones?
	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: