

Datos del ALUMNO:

Apellido:		Instructorado:	
Nombres:		Modalidad:	
DNI:		Turno:	

Dado que la información del presente cuestionario es muy importante, revise el carácter de “Declaración Jurada”, por lo que el alumno asume exclusiva y excluyente responsabilidad de lo expuesto a continuación. Ante cualquier eventualidad relacionada con problemas de salud diferentes a los declarados que delaten algún tipo de ocultamiento o falsa información serán causa suficiente para dejar al Instituto exento de toda responsabilidad.

Será necesario además de completar ésta Ficha Médica realizar un Electrocardiograma (ECG).

Para completar su legajo individual el alumno deberá presentar:

- Fotocopia DNI 1er y 2da hoja
- Ficha Médica
- Adjunto Certificado de Apto Físico
- Adjunto Electrocardiograma (ECG)

Para completar por el PACIENTE:

1-ANTECEDENTES FAMILIARES:					
Completar con una X o con la información detallada cuando corresponda					
Padecieron o Padecen:	PADRES:	HERMANOS:	ABUELOS:	Otros Fliars:	
Enfermedades del Corazón					
Enfermedades Neurológicas					
Diabetes					
Epilepsia					
Alergias					
Trastornos Psiquiátricos					
Elevación de la Tensión Arterial					
Tuberculosis					
Obesidad					
Otra: Cuál?					
Falleció? - Causa					
2-ANTECEDENTES PERSONALES:					
Completar con una X o con la información detallada cuando corresponda					
	SI	NO		SI	NO
Nació a término?				BCG	
Fue por Parto Normal?				Sabín	
Fuma?				Triple	
Ingiere Alcohol?				Antitetánica	
Practica Deportes?				Suero Antiofídico	

Firma-Aclaración del MÉDICO:	Firma-Aclaración del PACIENTE:
-------------------------------------	---------------------------------------

Para completar por el PROFESIONAL MÉDICO:

1-EXAMEN FÍSICO GENERAL					
Peso Actual	Estatura	Grupo Sanguíneo	RH:	TA:	PULSO:
Es alérgico a:					
Toma habitualmente algún medicamento?			Cuál?:		
2-RESUMEN HISTORIA CLÍNICA – Ha padecido o padece frecuente o permanentemente de:					
Completar con una X o con la información detallada cuando corresponda					
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES					
Palpitaciones		Dolores de Brazos		Lipotimia	Indicar E.C.G.
Presión Alta		Dolores de Piernas		Várices	
Presión Baja		Dolores de Pecho		Hemorroides	Auscultación:
		Mareos			
ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES					
Dolores de Cintura		Articulaciones Dolorosas		Cifosis	
Ciático-Lumbago		Fracturas: Dónde?		Loordosis	
Reumatismo		Inflamación Articular		Escoliosis	
Dolores de Espalda		Deformación Articular		Espina Bífida	
ENFERMEDADES PULMONARES					
Disnea		Alergias Vías Aéreas		Disfonías	
Resfríos a Repetición		Bronquitis Repetidas		Ronquerías	
Tuberculosis		Asma		Expectoraciones con sangre	
Neumonía		Sinusitis			
ENFERMEDADES del APARATO DIGESTIVO					
Enf. Del Estómago		Diarreas Frecuentes		Inapetencia	
Úlceras		Vómitos - Náuseas		Vómitos con sangre	
ENFERMEDADES INFECCIOSAS					
Hongos		Difteria		Parásitos	
Paperas		Absesos		Supuración Oídos	
Fiebre Reumática		Fiebres Prolongadas			
Escarlatina		Enf. Venéreas			
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS					
Dolor Cabeza Frecuentes		Hiponcondría		Problemas Auditivos	
Epilepsia		Pesadillas Frecuentes		Confusión de colores	
Convulsiones		Depresiones Frecuentes		Miedos varios	
Golpes en la Cabeza		Intentos de Suicidio		Sin ganas de estudiar	
Enf. Psiquiátricas		Falta de Concentración		Angustias Frecuentes	
Pérdidas de Memoria		Excesiva Timidez		Delirios	
ENFERMEDADES RENALES					
Ardor al Orinar		Orina con sangre		Poliuria	I.R.A.
Incontinencia		Orina con olor desagradable		Orina Turbia	I.R.C.
OTRAS ENFERMEDADES					
Lesiones que no cicatrizan		Diabetes		Obesidad	
Dolor de Hígado		Anorexia		Aumento Brusco de Peso	
Intoxicaciones		Enf. De los Ganglios		Descenso Brusco de Peso	
Hernias		Problemas Hormonales		Anemia	
Estuvo internado y/u operado?	Por:		Lugar y Fecha:		

Firma-Aclaración del MÉDICO:	Firma-Aclaración del PACIENTE:
------------------------------	--------------------------------