

ANDE

Sigla / N° / Año

FICHA MÉDICA**1. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

Nombre y apellido: _____

Cédula de Identidad Nro.: _____ Legajo Nro.: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Unidad Administrativa: _____ Sigla: _____

Teléfono Interno Nro.: _____ Teléfono Celular Nro.: _____

2. TIPO DE EXAMEN Admisional Periódico Post-Ocupacional**3. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES****PATOLÓGICOS:** (Padece una enfermedad física o psicológica? Sigue un tratamiento? Toma alguna medicación)._____
_____**QUIRÚRGICOS:**_____
_____**TRAUMATOLÓGICOS:**_____
_____**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:**_____
_____**HÁBITOS TOXICOS:** Alcohol Tabaco Otros _____**4. OTROS ANTECEDENTES MÉDICOS** Alergias Convulsiones Dolor de Pecho Mareos Edemas Asma Cefaleas Úlceras Otros _____

Observaciones: _____

Manifiesto bajo fe de juramento que las declaraciones se ajustan a la verdad

Firma del Paciente

C.I.N°:

Fecha:

