

ANDE

1

Sigla / N° / Año

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

Nombre y apellido: 2

Cédula de Identidad Nro.: 3

Legajo Nro.: 4

Lugar y Fecha de Nacimiento: 5

Edad: 6

Unidad Administrativa: 7

Sigla: 8

Teléfono Interno Nro.: 9

Teléfono Celular Nro.: 10

2. TIPO DE EXAMEN Admisional 11 Periódico Post-Ocupacional**3. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES****PATOLÓGICOS:** (Padece una enfermedad física o psicológica? Sigue un tratamiento? Toma alguna medicación). 12**QUIRÚRGICOS:** 13**TRAUMATOLÓGICOS:** 14**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:** 15**HÁBITOS TOXICOS:** 16 Alcohol Tabaco Otros _____**4. OTROS ANTECEDENTES MÉDICOS** 17 Alergias Convulsiones Dolor de Pecho Mareos Edemas Asma Cefaleas Úlceras Otros _____

Observaciones: 18

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

19

Firma del Paciente

C.I.N°:

Fecha:

