



## FICHA PERSONAL DE SALUD

Apellido .....  
Nombres .....  
Fecha de nacimiento ...../...../..... Documento ..... Legajo .....  
Domicilio ..... N° ..... Localidad ..... C.P. ....  
Teléfono (personal o aclara a quién pertenece) .....  
Escuela destino u organización social .....  
Obra social ..... Grupo sanguíneo ..... Factor .....  
Peso..... Talla .....

### ENFERMEDADES QUE PADECE O ES PROPENSA

Afecciones del oído..... nariz..... ojos..... bronquitis..... asma..... desmayos.....  
constipación..... cardiopatías..... sonambulismo..... pie plano..... presión alta..... presión baja.....  
diarreas..... cólicos renales.....

### OTRAS ENFERMEDADES

.....  
.....

¿Realizó evaluación fonoaudiológica? ..... Nombre de la fonoaudióloga .....

¿Se le indicó tratamiento? ..... Fecha de comienzo ...../...../..... alta ...../...../.....

¿Es alérgica? Comida..... Medicamentos..... Antibióticos..... Picaduras.....

Fue operado de..... ¿Está tomando algún medicamento?.....

Especifique..... ¿Sigue algún tratamiento?.....

Tipo de tratamiento.....

### ALGO SIGNIFICATIVO PARA TENER EN CUENTA

.....  
.....  
.....

Vacunas recibidas: Antitetánica..... Triple..... BCG ..... Otras.....

Ante una emergencia llamar al teléfono N° (aclarar a quién pertenece) .....

.....

.....

Firma y Aclaración