



Ficha Médica Certificado de Salud

DATOS PARTICULARES:

Apellido y Nombre: _____

LE / LC / DNI / CI: _____

Estado Civil: _____

Domicilio: _____ / Localidad: _____

País: _____

En caso de ser necesario avisar a: _____

Nombre: _____ / Tel: _____

Nombre: _____ / Tel: _____

Sr. Médico:

**Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.
Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en
caso de emergencia**

FICHA MÉDICA:

Grupo Sanguíneo: _____

Observaciones: _____

Ha tenido o tiene ahora:

Asma bronquial: _____

Úlcera gastroduodenal: _____

Fiebre reumática: _____



CS	Versión: 01	Pág. 2 de 3
Certificado de Salud		

Diabetes: _____

Enfermedades cardíacas: _____

Convulsiones: _____

Tuberculosis: _____

Vértigos o mareos: _____

Dolor de cabeza severo: _____

Problemas emocionales: _____

Hernias: _____

Hipertensión arterial: _____

Otra enfermedad seria: _____

Por cada Sí explique y dé fechas:

Apendicetomía: _____

Traumatismos cráneo: _____

Transfusiones: _____

Traumatismos columna: _____

Fracturas:

Otra operación sería: _____

Por cada Sí explique y de fechas:

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?

Ojos, nariz o garganta: _____

Tórax, pulmones, corazón: _____

Cabeza, cuello: _____

Abdomen, estómago, intestinos: _____



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE SAN JUAN

SEPRI
Secretaría
de Posgrado y Relaciones
Internacionales

CS	Versión: 01	Pág. 3 de 3
Certificado de Salud		

Tiene Ud. reacción alérgica a:

Suero:

Drogas:

Alimento:

Otros:

Si su contestación es afirmativa dé el nombre y tipo de reacción:

Certificado de Salud

En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un estado de salud tal que le permite su normal desempeño como: Alumno /Docente /Personal en la Universidad Nacional de San Juan.

Asimismo certifico que el mismo no padece enfermedades infectocontagiosas ni trastornos mentales, ni presenta incapacidades que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son correctos.

Firma y Sello del Médico:

Aclaración:

Teléfono:

Domicilio:

Fecha: