

FEFUSA - FICHA MÉDICA 2020

APELLIDO y NOMBRE (S): _____

FECHA DE NAC.: _____ LUGAR: _____

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO: _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____

OBRA SOCIAL: SI / NO CUAL?: _____ Nº AFILIADO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ PROV.: _____

TELÉFONO (S) _____

E MAIL: _____

En caso de accidente avisar a: _____

ENFERMEDADES Y LESIONES: (contestar Si/No)

1 - Diabetes:.....

8 - Problemas Renales:.....

2 - Fiebre Reumática:.....

9 - Problemas Pulmonares o Respiratorios:.....

3 - Epilepsia:.....

10 - Hidatidosis:.....

4 - Hepatitis Virósica:.....

11 - Sonámbulo:.....

5 - Asma:.....

12 - Chagásico:.....

6 - Insuficiencia cardíaca:.....

13 - Insomnio:.....

7 - Hernias:.....

14 - Enuresis:.....

15 - Esguinses, fracturas, desgarros musculares, tendinitis recientes, donde?

16 - Alergias: _____ A qué ? : _____

17 - Operaciones (cirugías) Si / No Donde: _____

18 - Toma alguna medicina actualmente: _____ Cual?: _____

_____ Frecuencia: _____

19 - Tiene algún régimen alimentario por restricción facultativa: _____

20 - Vacunas: _____ Cuales: _____

En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems, sirvase aclarar en observaciones indicando si el paciente se encuentra capacitado para efectuar actividad física.

OBSERVACIONES: _____

Lugar y fecha: _____

Firma del paciente: _____ Firma y sello del Médico

Aclaración: _____