



III Cumbre de Estados Provinciales de la República Argentina 27 y 28 de Agosto de 2010

FICHA DE SALUD

Datos Personales:

Nombres: LLLLLLLLLLLLL				
Apellido/s: LLLLLLLLLLLL				
Fecha de nac.: LL - LL - LLL	TEL.: LLL			
Edad: ∟∟ Padece alguna enfermedad crónica? Especificar		SI II	NO II	
¿Está tomando algún medicamento en la actualidad? Especificar		SI II	NO II	
¿Presenta problemas respiratorios?		SI II	NO II	
¿Se encuentra en tratamiento actualmente?		SI II	NO II	
¿Presentó en alguna ocasión problemas psicológicos? Especificar		SI II	NO II	
resenta alguna enfermedad infecciosa? pecificar		SI II	NO II	
Padece alguna alergia? Especificar		SI II	NO I_I	
¿Debe seguir alguna dieta en especial? Especificar		SI II	NO II	
Urgencia En caso de urgencia llamar a				
TEL.: LLLLLLLLLLLL Obra Social	C	EL .: L L L L		
Obra Social o Empresa de Seguro Médio	eo:			
Nº de afiliado: ∟∟∟∟∟∟∟∟∟	7	Г ЕL .:		
¿A qué lugar derivar en caso de urgencia?	Firma del directo			
Firma del padre o tutor: Aclaración: DNI №:	Aclaración: DNI №:			Fecha:
Firma y Sello del Médico:				