



FICHA DE SALUD

D.N.I: L L L L L L L L

Apellido/s: _____

Edad: L L

¿Padece alguna enfermedad crónica? SI | | NO | |

Especificar _____

¿Está tomando algún medicamento en la actualidad? SI | | NO | |

Especificar

¿Presenta problemas respiratorios? SI | | NO | |

¿Se encuentra en tratamiento actualmente? SI | | NO | |

¿Presentó en alguna ocasión problemas psicológicos? SI | | NO | |

Especificar _____

¿Presenta alguna enfermedad infecciosa? SI | | NO | |

Especificar _____

¿Padece alguna alergia? SI | | NO | |

Especificar _____

¿Debe seguir alguna dieta en especial? SI | | NO | |

Especificar

En caso de urgencia llamar a

[illegible]

Obra Social o Empresa de Seguro Médico:

Nº de afiliado: _____ TEL.: _____

¿A qué lugar derivar en caso de urgencia? _____ Firma del padre o tutor: Aclaración: DNI Nº:	Firma del director Del establecimiento: Aclaración: DNI Nº:	Fecha:
Firma y Sello del Médico:		