



FICHA MÉDICA DEL DOCENTE 2024

Apellido:			
Nombres:			
Domicilio:		Teléfono/Celular:	
Fecha de Nacimiento:		Número de Documento:	
DATOS DE CÓNYUGE			
Apellido:			
Nombres:			
ANTECEDENTES CLÍNICOS - QUIRÚRGICOS			
Asma:	Diabetes:	Cardiopatía:	Alergias:
Hipo/Hipertiroidismo :	Celiquía:		
Cefaleas:	Convulsiones :	Hemorragia Nasal:	
Alergias a Antibióticos/analgésicos/otros:			
Grupo Sanguíneo:		Factor:	
Vacunación Covid: SI/NO		En caso de estar vacunado/a, indicar cantidad de dosis:	
Otro dato importante a tener en cuenta:			

AUTORIZACIONES

En caso de ser necesaria la atención médica autorizo a los representantes de la Institución a trasladarme al H.D.P.D o al centro asistencial más cercano de la localidad en la que me encuentre.

DATOS PERSONALES

Médico de Cabecera:	
Dirección:	
En caso de emergencia avisar a:	
Dirección:	
1) Nombre:	Teléfono:
3) Nombre :	Teléfono:

APTITUD FÍSICA CERTIFICADA POR UN PROFESIONAL :

SI **NO**
(EL MÉDICO DEBE CIRCULAR LO QUE CORRESPONDA)

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO INTERVINIENTE