INSTITUTO SUPERIOR PARTICULAR
INCORPORADO Nº 9195
CRUZ ROJA ARGENTINA

CRUZ ROJA
ARGENTINA
FILIAL SANTA FE

FICHA DE SALUD

APELLIDO Y NOMBRE:_____

DNI: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ CP: _____

TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: _____

E-MAIL: _____

CARRERA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA - AÑO: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS/QUIRÚRGICOS. ***Responder SÍ o NO. Completar si se requiere***

Ha padecido rubeola?	Es epiléptico?
Varicela?	Posee prótesis de algún tipo? Especifique
Hepatitis?	
Quinta enfermedad?	Padece problemas cardíacos?
Diabetes? Es insulinodependiente?	Padece alguna enfermedad crónica? Especifique?
Asma u otro tipo de enfermedad respiratoria? Cuál?	Toma algún medicamente en forma regular? Cuál?
Es alérgico a algún medicamento? Cuál?	Tuvo alguna cirugía? Especifique
Tiene dificultad visual? Especifique?	Sufre convulsiones?
Cantidad de embarazos: Cantidad de partos: Está embarazada actualmente?	Sufre desmayos?
	Reumatismos?
Hernias?	Fuma?
Trastornos osteo-musculares?	Bebe alcohol?
Padece disminución auditiva?	Tuvo Covid 19?

Observaciones:_____

_____

Firma - Sello del Profesional
Nº de matrícula: