

# FEFUSA - FICHA MÉDICA 2024

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 - Esguines, 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: \_\_\_\_\_