



Datos Particulares

Apellido y Nombre: _____ Legajo N°: _____
LE / LC / DNI / CI: _____ Estado Civil: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____
En caso de ser necesario avisar a:
Nombre: _____ Tel: _____
Nombre: _____ Tel: _____

¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?

¿Cuál? _____ N° Carnet: _____ N° a Llamar: _____

Sr. Médico:

Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.

Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia.

Ficha Médica

Datos Básicos y Fundamentales:

Grupo Sanguíneo: _____

Observaciones: _____

Ha tenido o tiene ahora: _____

Asma bronquial: _____ Úlcera gastroduodenal: _____

Fiebre reumática: _____ Diabetes: _____

Enfermedades cardíacas: _____ Convulsiones: _____

Tuberculosis: _____ Vértigos o mareos: _____

Dolor de cabeza severo: _____ Problemas emocionales: _____

Hernias: _____ Hipertensión arterial: _____

Otra enfermedad seria: _____

Por cada Sí explique y dé fechas: _____

Apendicectomía: _____ Traumatismos craneo: _____

Transfusiones: _____ Traumatismos columna: _____

_____ Fracturas: _____

_____ Otro accidente importante: _____

Otra operación seria: _____

Por cada Sí explique y de fechas: _____

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?

Ojos, nariz o garganta: _____ Tórax, pulmones, corazón: _____

Cabeza, cuello: _____ Abdomen, estómago, intestinos: _____

Sistema genético - urinario: _____ Músculos, huesos: _____
Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos: _____ Piel: _____
Si su contestación es afirmativa, explique. _____

Tiene Ud. reacción alérgica a:

Suero: _____ Drogas: _____
Alimento: _____ Otros: _____
Si su contestación es afirmativa dé el nombre y tipo de reacción _____

Vacunas: Indique fecha:

Viruela: _____ Difteria: _____
Tétano: _____ Polio: _____
Toma alguna medicación en forma regular: _____
¿Cuál?: _____ ¿En qué dosis?: _____

Existe alguna situación en la que requiera una atención médica o asistencia particular. (Por ejemplo ataques de pánico, convulsiones, etc.)
Indique cuáles: _____

Consideraciones y/o recomendaciones específicas: _____

Alguna de sus condiciones de salud no le permiten realizar la práctica de actividades deportivas u otras actividades que generen una situación de riesgo para su salud.
Indique cuales: _____

Consideraciones y/o recomendaciones específicas: _____

Certificado de Salud

En mi carácter de médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un estado de salud que le permite desempeñarse como participante del **6° CAMPUS DE VERANO MIXTO ALTO VALLE 2026 - DEL 30/31 DE ENERO Y 1° DE FEBRERO DE 2026**, en el Club Independiente de Neuquén, y no pone en riesgo las condiciones sanitarias de su entorno. Así mismo certifico que los datos consignados en este documento son correctos.

Firma y Sello del Médico _____

Aclaración: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____