



FICHA MÉDICA IPS

La información solicitada en esta ficha es necesaria para una mejor atención en caso de emergencia. Recuerde que la/el estudiante desarrollará sus actividades en laboratorios y talleres donde se manipulan maquinarias, herramientas de carpintería, electricidad, construcción, soldadoras, etc.; por tal motivo ante cualquier duda que surja al completar la ficha pedimos por favor consulte con su médico. Los datos son de carácter confidencial y solo de uso institucional.

Datos Personales

Nombres: _____

Apellidos: _____

Tipo y N° de Documento: _____

Datos Médicos

Tipo de Sangre: _____ Factor RH (+/-) : _____ Peso: _____ Altura: _____

Datos del Servicio de Emergencia

¿Cuenta con un servicio de emergencia? (Tachar lo que no corresponda): (SI / NO)

Servicio de Emergencia: _____

Número de carnet del Servicio de Emergencia: _____

Teléfono del Servicio de Emergencia: _____



Datos de Obra Social

¿Cuenta con una Obra Social? (Tachar lo que no corresponda): (SI / NO)

Obra Social: _____

Número de Carnet: _____

Teléfono de la Obra Social: _____

Antecedentes Médicos

- Amigdalitis repetitivas
- Convulsiones
- Vértigos o Mareos
- Diabetes
- Úlceras
- Hipertensión Arterial
- Sinusitis
- Bronquitis
- Problemas Emocionales
- Fiebre Reumática
- Neumonía
- Asma Bronquial
- Traumatismo Severo



- Diarreas Frecuentes
- Parasitosis Intestinal
- Hepatitis
- Gastritis
- Tuberculosis
- Enfermedades cardíacas: insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatías y cardiopatías congénitas.
- Dolores de Cabeza Frecuentes
- Hernias
- Enferm. Infecto - Contagiosas
- Trastornos Alimentarios
- Enfermedades respiratorias crónicas: hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística y asma moderado o severo.
- Insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses.

Otros: _____

Presenta algún tipo de inmoderancia (esta información nos permitirá determinar si es o no grupo de riesgo de COVID19)

- Congénita
- Asplenia funcional o anatómica (incluida anemia drepanocítica)
- VIH dependiendo del status (< de 350 CD4 o con carga viral detectable)



Posee vacuna COVID19. Esta información es necesaria solamente para definir periodos de aislamiento en función del protocolo vigente.

- Si (calendario COMPLETO)
- Si (calendario INCOMPLETO)
- No

¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, sustancias, picaduras de insectos? En caso de ser POSITIVO mencione cuál/es:

Intervenciones Quirúrgicas: Indique cuáles y la/s fecha/s en que fue/ron realizada/s

En caso de encontrarse bajo algún tipo de tratamiento, de qué tipo:
(Médico/Psicológico/Neurólogo/Ortopédico)

Detalle el tipo de tratamiento que sigue: _____



¿Toma algún medicamento en forma regular? (tachar lo que no corresponda) (SI / NO)

En caso de haber contestado "Sí" a la pregunta anterior indique medicamento y dosis:

¿Desde cuándo toma el medicamento? _____

¿Puede realizar actividad física? (tachar lo que no corresponda) (SI / NO)

¿Puede manejar máquinas y herramientas? (tachar lo que no corresponda) (SI / NO)

¿Puede estar en contacto con elementos químicos y de laboratorio? (tachar lo que no corresponda) (SI / NO)

Firma Referente Parental

Aclaración Referente Parental