

Facultad de Ciencias Sociales - UNICEN
FICHA DE SALUD

Por favor completar la siguiente planilla que tiene por objetivo obtener datos relevantes acerca de su situación de salud.

Nombre y apellido:

Edad:

Domicilio y teléfono en ciudad de origen:

Domicilio y teléfono en Olavarría:

Grupo sanguíneo: Factor RH

- ¿Padece alguna enfermedad que requiera tratamiento? ¿Cuál?

.....

Tiene dificultad o limitación permanente para:

Si	No	
		¿Leer, aún con anteojos o lentes puestos?
		¿Oír, aún cuando usa audífono?
		¿Caminar o subir escalones?
		¿Tomar objetos y/o abrir recipientes con las manos?
		Otra discapacidad (completar)

- ¿Toma medicación? ¿Cuál?

¿En forma permanente u ocasional?

- ¿Tiene algún tipo de alergia? ¿A qué?

- ¿Tiene médico de cabecera? ¿Cuál es su nombre?

..... TE y/o dirección:

- ¿Cuenta con obra social o prepaga?. ¿Cuál?

.....

- En caso de una emergencia indique el nombre de la persona con la que tenemos que comunicarnos, su dirección y número telefónico.

.....

.....