



# FICHA MÉDICA

**NOMBRE Y APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**CARRERA:** \_\_\_\_\_ **TURNO:** \_\_\_\_\_

**OBRA SOCIAL | SEGURO MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**CENTRO DE SALUD EN EL QUE SE ATIENDE HABITUALMENTE:** \_\_\_\_\_

## DATOS DE LAS PERSONAS DE CONTACTO ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

1

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

2

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

## DATOS MÉDICOS

Grupo y Factor sanguíneo: .....

Problemas cardíacos:  **Si**  **No** Cuáles? .....

Problemas respiratorios:  **Si**  **No** Cuáles? .....

Problemas de presión:  **Si**  **No** Presión alta o baja?  **Alta**  **Baja**

Es diabético:  **Si**  **No** Es insulino dependiente?  **Si**  **No**

Toma medicamentos en forma regular:  **Si**  **No** Cuáles? .....

Embarazo:  **Si**  **No** De cuántos meses? .....

## IMPORTANTE

La información aportada por el alumno en esta ficha médica debe ser fidedigna y tendrá el carácter de declaración jurada.

.....  
**FIRMA ALUMNO**

.....  
**ACLARACIÓN**

*elObrador*<sup>®</sup>  
ESCUELA DE ARTE CULINARIO