FERIA CIENCIAS ARTE Y TECNOLOGÍA 2019

FICHA DE DATOS PERSONALES E INFORMACIÓN MÉDICA

DOCENTE ASESOR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **JURISDICCIÓN:** | | | | |
| **APELLIDO/S Y NOMBRE/S:** | | | | |
| DNI N° : GÉNERO: | F |  | M |  |
| FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: | | | | |
| DIRECCIÓN: CÓDIGO POSTAL: | | | | |
| LOCALIDAD: | | | | |
| TELÉFONO (con prefijo local): | | | | |
| CELULAR (con prefijo local + 15): | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |

|  |
| --- |
| **TÍTULO DEL TRABAJO:** |
| **ESCUELA/COLEGIO:** |
| - DIRECTOR/A: |
| - DIRECCIÓN:: CÓDIGO POSTAL: |
| - LOCALIDAD: |
| - TELÉFONO (con prefijo local): |
| - CORREO ELECTRÓNICO: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHA MÉDICA** | | | | | | | | | | | | |
| **¿CUENTA CON ALGUNA COBERTURA MÉDICA?**  En caso afirmativo, especificar lo siguiente: | | SÍ | |  | | NO | | |  | | | |
| - ESPECIFICAR: | | | | | | | | | | | | |
| - N° DE AFILIADO: | | | | | | | | | | | | |
| - TELÉFONO DE EMERGENCIAS: | | | | | | | | | | | | |
| **EN CASO DE SER NECESARIO, AVISAR A:** | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDO:  TELÉFONO: (Prefijo de país y ciudad)  Parentesco: | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDO:  TELÉFONO: (Prefijo de país y ciudad)  Parentesco: | | | | | | | | | | | | |
| **GRUPO SANGUÍNEO:** | | | | | | | | | | | | |
| **¿HA TENIDO O TIENE ALGUNO DE ESTOS PADECIMIENTOS?**  En caso afirmativo, marque con una “X” y especifique de ser necesario. | | | | | | | | | | | | |
| - ASMA ( ) | - DIABETES ( ) | | | | | | | | | | | |
| - ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ( ) | - EPILEPSIA ( ) | | | | | | | | | | | |
| - ENFERMEDADES CARDÍACAS ( ) | - CONVULSIONES ( ) | | | | | | | | | | | |
| - ENFERMEDADES GÁSTRICAS ( ) | - HERNIAS ( ) | | | | | | | | | | | |
| - HEPATITIS ( ) | - CELIAQUISMO ( ) | | | | | | | | | | | |
| - ANEMIAS ( ) | - DOLOR DE CABEZA SEVERO ( ) | | | | | | | | | | | |
| - HIPERTENSIÓN ARTERIAL ( ) | - PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS ( ) | | | | | | | | | | | |
| - HIPOTENSIÓN ARTERIAL ( ) | - FRACTURAS Y/O TRAUMATISMOS EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS ( ) | | | | | | | | | | | |
| - ALGUNA OTRA ENFERMEDAD:  Especificar: | | | | | | | | | | | | |
| **¿HA PADECIDO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?** | | SÍ | |  | | NO | | |  | | | |
| Especificar: | | | | | | | | | | | | |
| **¿PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIA?**  En caso afirmativo, especificar lo siguiente: | | SÍ | |  | | NO | | | |  | | |
| ALIMENTOS: | | | | | | | | | | | | |
| MEDICAMENTOS: | | | | | | | | | | | | |
| FACTORES AMBIENTALES: | | | | | | | | | | | | |
| OTROS: | | | | | | | | | | | | |
| **¿CUENTA CON CALENDARIO DE VACUNACIÓN COMPLETO?** | | | SÍ | |  | | | NO | | | |  |
| - ANTITETÁNICA SÍ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ NO  (en caso afirmativo, indicar fecha de aplicación) | - GRIPE SÍ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ NO  (en caso afirmativo, indicar fecha de aplicación) | | | | | | | | | | | |
| **¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO?** | | | SÍ |  | | | NO | | | |  | |
| Especificar: | | | | | | | | | | | | |
| **¿ESTÁ SIGUIENDO ALGUNA DIETA MÉDICA EN PARTICULAR?** | | | SÍ | |  | | | NO | | | |  |
| Especificar: | | | | | | | | | | | | |
| **¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA**  **QUE REQUIERA ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN ESPECIAL?** | | | SÍ |  | | | NO | | | |  | |
| Especificar: | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | | | |

Lugar y fecha: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

-------------------------------------

Firma y sello del médico