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