

Ficha Médica



Nombre y Apellido:.....

Edad:..... N° Doc..... Sexo F M

Dirección:.....

Ciudad:.....

Teléfono:.....

En caso de Urgencia deje aquí los datos de personas que tienen que ser avisadas.

Nombre y Apellido:..... Dirección:.....

Ciudad:..... Teléfono:.....

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Bronquitis crónica SI NO

Asma SI NO

Efisema SI NO

Alergia/s SI NO

especificar.....

Otras.....

ENFERMEDADES CIRCULATORIAS

Hipertensión SI NO

Hipotensión SI NO

Infarto cardíaco SI NO

Disritmia Cardíaca SI NO

Malformación del SI NO

Corazón

Otras.....

ENFERMEDADES MUSCULOESQUELETALES

Lumbago / Dolor Ciático SI NO

Escoliosis Grave SI NO

Miastenia SI NO

Otras.....

ENFERMEDADES HORMONALES

Diabetes SI NO

Hipertiroidismo SI NO

Otras.....

MEDICACION ACTUAL / CRONICA

SI NO

Comprimidos.....

Inyectables.....

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

Dificultad de leer SI NO

Visión doble SI NO

Dificultad con los SI NO

colores

especificar.....

Dificultad de oír SI NO

Epilepsia SI NO

Anterior derrame SI NO

cerebral

cuándo?.....

Jaquecas o cefaleas

graves SI NO

Otras.....

SUFRE UD. DE...?

Vértigo SI NO

Agorafobia SI NO

Claustrofobia SI NO

ENFERMEDADES PSIQUICAS

Definir en cada caso

OTRAS ENFERMEDADES NO MENCIONADAS

AQUI

SI NO

especificar.....