*********CENTRO DE CAPACITACION Y PROGRAMACIÓN***

##### **“Crio. B.V. Juan Carlos Mulinetti”**

**FICHA MÉDICA**

Nombre y Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nac:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo:\_\_\_\_\_\_RH. (\_\_\_\_\_)Grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Localidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Regional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Padece o padeció alguna vez alguna de las siguientes condiciones? | SI | NO |
| ***Aspectos cardíacos, respiratorio, tensional*** |
| 1) ¿Ha recibido trasplante de corazón? |   |   |
| 2) ¿Padece o a padecido alguna enfermedad cardíaca? |   |   |
| 3) ¿Posee prótesis valvulares cardíacas? |   |   |
| 4) ¿Padece hipertensión arterial? |   |   |
| 5) ¿Padece asma o insuficiencia respiratoria? |   |   |
| 6) ¿Padece disnea? |   |   |
| ***Trastornos hematológicos*** |   |
| *1) ¿*Padece anemia? |   |   |
| 2) ¿padece hemofilia o trastornos de coagulación? |   |   |
| 3) ¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia? |   |   |
| 4) ¿Ha recibido trasfusión o plasma? |   |   |
| ***Sistema Renal*** |   |
| 1) ¿Padece enfermedades renales? |   |   |
| 2) ¿Ha recibido trasplante renal? |   |   |
| *Enfermedades metabólicas y endocrinas* |   |   |
| 1) ¿Padece alguna enfermedad de tiroides? |   |   |
| 2) ¿Padece alguna enfermedad glandular? |   |   |
| ***Sistema nervioso muscular*** |   |
| 1) ¿Padece enfermedades encefálicas? |   |   |
| 2) ¿Padece convulsiones? |   |   |
| 3) ¿Padece algunas afecciones neurológicas? |   |   |
| 4) ¿Ha sufrido traumatismo de cráneo encefálico? |   |   |
| 5) ¿Padece epilepsia?  |   |   |
| 6) ¿Padece alteraciones del equilibrio? |   |   |
| 7) ¿Ha padecido pérdida de conocimiento? |   |   |
| ***Trastornos Mentales y/o de conductas*** |   |
| 1) ¿Esta o estuvo en tratamiento psíquico? |   |   |
| 2) ¿Le cuesta controlar los impulsos? |   |   |
| ***Visión y audición*** |   |
| 1) ¿Tiene recetado anteojos para ver de lejos? |   |   |
| 2) ¿Le han realizado alguna operación acular? |   |   |
| 3) ¿Padece alguna patología auditiva? |   |   |
| 4) ¿Tiene recetado algún lente de contacto? |   |   |
| 5) ¿padece disminución de la audición? |   |   |
| 6) ¿Usa audífono o implante coclear? |   |   |
| ***Alergia*** |   |
| 1) ¿Es alérgico a alguna medicación? En caso de ser así, detallar |   |   |
| *Contagio por sustancias contaminantes o peligrosas* |   |   |
| 1) Mantuvo Contacto accidental o laboral con materiales peligrosos, detallar |   |   |
| ***Otras enfermedades*** |   |
| 1) ¿Padece alguna enfermedad que no se ha detallado? En caso afirmativo, detallar |   |   |
| ***Medicación*** |   |
| 1) ¿Tiene recetado medicación permanente? |   |   |
| 2) ¿Tiene recetado medicación trasmisora? |   |   |
| 3) ¿Ha tomado medicación las últimas 24hs? |   |   |
| De ser así, detallar  |   |   |

|  |
| --- |
| Datos extras: |
| Fecha de última antitetánica: Duración de la dosis: |
| Fecha de Hepatitis B: Se dio las 3 dosis: |
| Conocimiento de 1er Aux.: ¿Donde aprendió?: |
| Describa su estado de salud: Describa su estado físico: ¿Sabe nadar?: |

Cualquier persona que padezca alergias hacia insectos, plantas o alimentos deberá traer su propia medicación con dosis extra y saber administrarla a sí mismo.

**LA PRESENTE INFORMACIÓN DE SALUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. POR TAL MOTIVO, DECLARO QUE TODOS LOS DATOS CONSIGANDOS EN LA PRESENTE FICHA SON CORRECTOS Y QUE NO HE OMITIDO NINGUNO.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Firma y sello medico Firma y aclaración Bombero Firma y aclaración

Jefe Cuerpo Activo