



## CENTRO DE CAPACITACIÓN 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
<b>Aspectos cardíacos, respiratorio, tensional</b>		
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?		
<b>Trastornos hematológicos</b>		
1) ¿Padece anemia?		
2) ¿padece hemofilia o trastornos de coagulación?		
3) ¿Está recibiendo tratamiento de quimioterapia?		
4) ¿Ha recibido transfusión o plasma?		
<b>Sistema Renal</b>		
1) ¿Padece enfermedades renales?		
2) ¿Ha recibido trasplante renal?		
<b>Enfermedades metabólicas y endocrinas</b>		
1) ¿Padece alguna enfermedad de tiroides?		
2) ¿Padece alguna enfermedad glandular?		
<b>Sistema nervioso muscular</b>		
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?		



## CENTRO DE CAPACITACIÓN Y PROGRAMACIÓN "CRIO. B. V. JUAN CARLOS MULINETTI"

<b>Trastornos Mentales y/o de conductas</b>		
1) ¿Esta o estuvo en tratamiento psíquico?		
2) ¿Le cuesta controlar los impulsos?		
<b>Visión y audición</b>		
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?		
<b>Alergia</b>		
1) ¿Es alérgico a alguna medicación? En caso de ser así, detallar		
<b>Contagio por sustancias contaminantes o peligrosas</b>		
1) Mantuvo Contacto accidental o laboral con materiales peligrosos, detallar		
<b>Otras enfermedades</b>		
1) ¿Padece alguna enfermedad que no se ha detallado? En caso afirmativo, detallar		
<b>Medicación</b>		
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?:	
Describe su estado de salud:	Describe 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