



Más Movimiento

**FICHA MÉDICA**

Apellido/s y Nombre/s \_\_\_\_\_  
Prepaga/ Obra social: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_  
Nº de Afiliado: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia de Prepaga / obra social: \_\_\_\_\_  
Teléfonos en caso de urgencia (familiar cercano): \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

SI NO  
LESIONES DE PARTES BLANDAS (LIGAMENTOS, MUSCULOS, TENDONES)  
EN CASO DE CONTESTAR SI DETALLAR

LESIONES DE PARTES OSEAS (FRACTURAS, LUXACIONES, ESGUINCES)  
EN CASO DE CONTESTAR SI DETALLAR:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS  
EN CASO DE CONTESTAR SI DETALLAR:

EPILÉPSIA  
EN CASO DE CONTESTAR SI DETALLAR:

TRAUMATISMO DE CRÁNEO CON PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO  
EN CASO DE CONTESTAR SI DETALLAR:

MEDICACIÓN DE USO HABITUAL Y CAUSA

EN CASO DE CONTESTAR SI DETALLAR

---

---



*Más Movimiento*

¿HAY ALGUNA MEDICACIÓN QUE NO PUEDA SUMINISTRARSE?  
EN CASO DE CONTESTAR SI DETALLAR:

---

---

¿HAY ALGUN CASO DE "MUERTE SUBITA" EN SU FAMILIA?  
EN CASO DE CONTESTAR SI DETALLAR:

---

---

¿HAY ALGUNA OTRA SITUACIÓN QUE NO HALLA SIDO COMENTADA ANTERIORMENTE?  
EN CASO DE CONTESTAR SI DETALLAR:

---

---

---

Titular

Firma del

Aclaración: \_\_\_\_\_  
Doc ( ): \_\_\_\_\_

Más Movimiento