

Comité Médico FATARCO

HISTORIAL MÉDICO

Datos Personales

FOTO TIPO CARNET DE FRENTE

Apellido y Nombres

Fecha de Nacimiento		Sexo	
DNI			
Pasaporte N°		Vencimiento	
Domicilio			
Ciudad		Provincia	
Teléfono		Celular	
e-mail			
Obra Social			
Afiliado N°			
Grupo Sanguíneo		Factor Rh	

Enfermedades que tiene o ha tenido

Enfermedad	SI	NO	Detalles-Fechas-Tratamientos
Afecciones del Oído			
Afecciones dérmicas			
Afecciones Oculares / Visuales			
Afecciones Odontológicas			
Afecciones Respiratorias / Asma			
Afecciones Reumáticas			
Afecciones Traumatológicas			
Cefaleas / Jaquecas			
Desmayos Frecuentes			
Diabetes			
Enfermedad Celíaca			
Epilepsia / Convulsiones			
Hernias			
Hipertensión Arterial			
Hipotensión Arterial			
Problemas Emocionales			
Sinusitis / Rinitis			
Trastornos Cardiovasculares			
Trastornos del Sueño			
Trastornos gastrointestinales			
Trastornos sanguíneos - Anemia			
Trastornos Tiroideos			
Vértigos / Mareos			
Otras			

Vacunas recibidas

Vacuna	Fecha	Vacuna	Fecha	Otras vacunas
Antitetánica		Hepatitis		
Gripe		Fiebre Amarilla		

Alergias

Alergia a:	SI	NO	Detalles-Fechas-Tratamientos
Antibióticos			
Comidas			
Medicamentos			
Picaduras de Insectos			
Polen, Polvo, Plumas, Pelos			
Productos Químicos			
Otros			

¿Realiza algún tratamiento? Motivo-Medicamentos-Dosis-Vía de administración			
¿Utiliza suplementos dietarios y/o vitamínicos? Motivo-Productos-Dosis-Vía			
¿Realiza algún régimen alimentario? Motivo-Descripción			
¿Ha tenido alguna cirugía/operación? Descripción-Fecha			
Otras consideraciones			
En caso de Emergencia avisar a:			
Apellido, Nombre		Parentesco	
Teléfono (Preferentemente Celular)			
e-mail			
Apellido, Nombre		Parentesco	
Teléfono (Preferentemente Celular)			
e-mail			
Apellido, Nombre		Parentesco	
Teléfono (Preferentemente Celular)			
e-mail			
YO,		, DNI	
<i>(en caso de menor de edad, colocar datos del progenitor o responsable)</i>			
declaro que la información suministrada es completa y verídica,			
v autorizo su iustificado uso por FATARCO.			

- 1 ·Descargar este documento al ordenador personal.
- 2 ·Completar Historial Médico FATARCO.
- 3 ·Guardar el documento con los datos ingresados.
- 4 ·Incluir Foto carnet de frente con baja resolución y fondo claro.
- 5 ·Enviar todo como adjunto al siguiente e-mail: comite.medico.fatarco@gmail.com

(Este documento se puede completar con cualquier Visualizador de PDF, en caso de no tenerlo <https://get.adobe.com/reader/?loc=es>)