

CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD

Nombre y Apellido: DNI: Fecha de Nac:

Edad: Tel: O. Social: Socio de U.C.B: SI - NO

En caso de emergencia contactar al número:

ANTECEDENTES PERSONALES: (Completar el estudiante)

ALERGIAS:

	SÍ	NO
Comidas		
Medicamentos		
Antibióticos		
Penicilina		
Insectos		
Otros: (Cuáles)		

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

	SÍ	NO
Asma		
Diabetes/Obesidad		
Desmayo		
Convulsiones		
Epilepsia		
Hepatitis		
Afecciones Cardíacas		
Afecciones de Oído		
Problemas Óseos		
Problemas Articulares		
Dolor de Cabeza		
Hemorragias		
Fracturas/Traumatismos		
Otras: (Cuáles)		

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:

NOMBRE	FECHA	OBS.

MEDICACIÓN PRESCRIPTA

NOMBRE	OBS.

OTRAS ENFERMEDADES QUE CONSIDERE IMPORTANTE MENCIONAR:

NOMBRE	TUVO	TIENE

Los **Antecedentes Personales** consignados en el presente **Certificado Único de Salud** revisten carácter de **Declaración Jurada** y es responsabilidad exclusiva del estudiante informar por escrito cualquier circunstancia que modifique esta declaración.

La Institución se reserva el derecho de tomar medidas en el caso de falsificación u omisión de la información consignada como así también solicitar estudios complementarios en caso de considerarlo necesario.

Lugar y Fecha:

Firma del estudiante:

FICHA MÉDICA: (Completar con profesionales médicos)

1- MÉDICO CLÍNICO:

Talla: Peso: Auscultación: Examen abdominal:

Tensión Arterial: Grupo Sanguíneo: Factor RH:

Observaciones:

Firma y sello del Profesional

2- PSICOLOGÍA: Informe

Firma y sello del Profesional

La información consignada en la presente **Ficha Médica** reviste carácter de **Declaración Jurada** y es responsabilidad exclusiva de los profesionales firmantes