



Universidad de Buenos Aires  
Colegio Nacional de Buenos Aires  
Campamento 1º año

### FICHA DE SALUD

Apellido y Nombres del alumno:.....

División:..... Edad:.....

Grupo Sanguíneo:..... Factor RH: ..... Presión Sanguínea:.....

Altura:..... Peso:.....

Teléfonos por urgencias:.....

Obra social/Prepaga:..... N° de credencial:.....

#### Datos Médicos del alumno:

##### Por favor tache lo que no corresponda:

1) ¿Tiene un régimen especial de comidas? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

SI LO TIENE ADJUNTE LA RECETA

1) ¿Tiene afecciones cardíacas? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

2) ¿Tiene afecciones respiratorias? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

3) ¿Tiene alteraciones de la presión arterial? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

4) ¿Padece usted diabetes u otras enfermedades metabólicas? \_ SI / NO

5) ¿Tiene afecciones musculares? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

6) ¿Tiene frecuentes hemorragias nasales? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

7) ¿Tiene convulsiones o desmayos? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

8) ¿Tiene vértigo a la altura? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

9) ¿Es alérgico? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

ACLARE LA/SUSTANCIA/S \_\_\_\_\_

10) ¿Padece usted alguna enfermedad infecto - contagiosa? SÍ / NO

1.- ¿Ha recibido el paciente atención médica que indique que sufre: (**tachar lo que NO CORRESPONDA**)

\* Apendicitis SI/NO

\* Celiaquía SI/NO

\* Epilepsia SI/NO

\* Hernia SI/NO

\* Migraña SI/NO





*Universidad de Buenos Aires  
Colegio Nacional de Buenos Aires  
Campamento 1º año*

---

7.- En caso de haber tenido en el pasado algunas de las afecciones nombradas en el cuestionario, indique cuál y diga cuál ha sido el tratamiento.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8.- Si ha tenido o tiene otra patología indique cual y su tratamiento

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- En caso de existir alguna circunstancia especial, será obligatorio la inclusión de un certificado de aptitud médica para participar en el campamento.

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO**

**Firma de la madre  
Aclaración  
Nro. DNI.**

**Firma del padre  
Aclaración  
Nro DNI**