

FICHA UNICA DE SALUD.

Para completar por un médico

Fecha:.....

Nombre y Apellido:.....

D.N.I N°:.....

Sexo M:..... F:..... Fecha Nac:..... Edad:.....a.....m

Antecedentes perinataológicos:.....

.....

Antecedentes infectocontagiosos.....

.....

Antecedentes quirúrgicos:.....

.....

| Patologías Crónicas | Diagnóstico | Tratamiento |
|---------------------|-------------|-------------|
| Dermatológico | | |
| Cardiovascular | | |
| Respiratorio | | |
| Endocrinológico | | |
| Gastrointestinal | | |
| Neurológico | | |
| Osteomuscular | | |
| Auditivo | | |
| Oftalmológico | | |
| Otras | | |

Peso.....P.....

Talla.....P.....

T.A/.....

Vacunas: Completa

Incompleta:

Sin certificado:

Debe vacunarse con.....

Observaciones:.....

.....

.....

Firma y Sello

Sr/a padre, madre o tutor: Esta planilla debe ser completada por el médico en su consultorio como particular o por obra social o en la salita de su barrio si no posee cobertura o pertenece a Seguro Municipal de Salud.