

**Facultad de Ciencias Sociales - UNICEN**  
**FICHA DE SALUD**

Por favor completar la siguiente planilla que tiene por objetivo obtener datos relevantes acerca de su situación de salud.

Nombre y apellido: .....

Edad: .....

Domicilio y teléfono en ciudad de origen: .....

Domicilio y teléfono en Olavarría: .....

Grupo sanguíneo: ..... Factor RH .....

• ¿Padece alguna enfermedad que requiera tratamiento? ..... ¿Cuál? .....

.....

Tiene dificultad o limitación permanente para:

Si	No	
		¿Leer, aún con anteojos o lentes puestos?
		¿Oír, aún cuando usa audífono?
		¿Caminar o subir escalones?
		¿Tomar objetos y/o abrir recipientes con las manos?
		Otra discapacidad (completar)

• ¿Toma medicación? ..... ¿Cuál? .....

¿En forma permanente u ocasional? .....

• ¿Tiene algún tipo de alergia? ..... ¿A qué? .....

• ¿Tiene médico de cabecera? ..... ¿Cuál es su nombre? .....

..... TE y/o dirección: .....

• ¿Cuenta con obra social o prepaga?. ..... ¿Cuál?

.....

• En caso de una emergencia indique el nombre de la persona con la que tenemos que comunicarnos, su dirección y número telefónico.

.....

.....