**VICERRECTORÍA DE ACCIÓN SOCIAL**

**FICHA DE DATOS PERSONALES E INFORMACIÓN MÉDICA**

|  |
| --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS:** |
| GÉNERO: F M |
| FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): EDAD: |
| CÉDULA: |
| DIRECCIÓN: |
| TELÉFONO DOMICILIO: |
| CELULAR: |
| CORREO ELECTRÓNICO: |

|  |
| --- |
| **CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA:** |
| NOMBRE Y APELLIDO: TELÉFONO:  Parentesco: |
| NOMBRE Y APELLIDO: TELÉFONO:  Parentesco: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FICHA MÉDICA** | | |
| **GRUPO SANGUÍNEO: ( ) A+ ( ) B+ ( )AB+ ( ) O+ ( ) A- ( ) B- ( ) AB- ( ) O-** | | |
| **¿CUENTA CON ALGUNA COBERTURA MÉDICA ADICIONAL? SÍ NO**  En caso afirmativo, especificar lo siguiente: | | |
| ¿CUÁL?: N° DE AFILIADO: | | |
| TELÉFONO DE EMERGENCIAS: | | |
| **¿HA TENIDO O TIENE ALGUNO DE ESTOS PADECIMIENTOS?**  En caso afirmativo, marcar con una X y especificar de ser necesario: | |  |
| ASMA ( ) | DIABETES ( ) |  |
| ENFERMEDADES RESPIRATORIA ( ) | EPILEPSIA ( ) |  |
| ENFERMEDADES CARDÍACAS ( ) | CONVULSIONES ( ) |  |
| ENFERMEDADES GÁSTRICAS ( ) | HERNIAS ( ) |  |
| HEPATITIS ( ) | CELIAQUISMO ( ) |  |
| ANEMIAS ( ) | DOLOR DE CABEZA SEVERO ( ) |  |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL ( ) | PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS ( ) |  |
| HIPOTENSIÓN ARTERIAL ( ) | FRACTURAS ( ) |  |

|  |
| --- |
| ALGUNA OTRA ENFERMEDAD: |
| OBSERVACIONES / ESPECIFICACIONES: |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿HA PADECIDO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS? SÍ NO**  En caso afirmativo, especificar: | |
| **¿PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SÍ NO**  En caso afirmativo, especificar: | |
| - ALIMENTOS: | |
| - MEDICAMENTOS: | |
| - FACTORES AMBIENTALES: | |
| - OTROS: | |
| **¿CUENTA CON CALENDARIO DE VACUNACIÓN COMPLETO? SÍ NO** | |
| **ANTITETÁNICA:** SÍ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ NO  (En caso afirmativo, indicar fecha de aplicación) | **ANTIGRIPAL:** SÍ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ NO  (En caso afirmativo, indicar fecha de aplicación) |
| **¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO**  En caso afirmativo, especificar. | |
| **¿SIGUE ALGUNA DIETA MÉDICA EN PARTICULAR? SÍ NO**  En caso afirmativo, especificar. | |
| **¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD QUE REQUIERA ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN ESPECIAL? SÍ NO**  En caso afirmativo, especificar. | |
| **OTROS DATOS QUE CONSIDERE DE INTERÉS:** | |
| **FIRMA: FECHA:** | |