



ESCUELA DE GUARDAVIDAS DE LA PAMPA



HISTORIA CLÍNICA

Este formulario ha sido diseñado para conocer la situación de salud de los ingresantes. Estos ítems deberá completarlos su médico personal quien deberá firmar al final junto con Ud.
La información aquí citada tiene carácter de DECLARACION JURADA.

Nombres Apellidos:

Fecha de Nacimiento:/...../.....

D.N.I:

1- HÁBITOS: responder SI o NO

Tabaco	¿Fuma?
Alcohol	¿Bebe?
Ejercicios	¿Realiza actividad física? ¿Cuál? Especificar actividad
¿Ha probado drogas alguna vez?	En caso de ser afirmativo especificar cuáles.

2- ANTECEDENTES FAMILIARES: ¿Alguien en su familia tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedades	Madre	Padre	Hermanos
Presión alta			
Enfermedades cardíacas antes de los 55 años			
Diabetes			
Cáncer de colon o de recto			
Cáncer de mama			
Otros cánceres			
Abuso de drogas o de alcohol			
Depresión			

3- CONTROLES

Vacuna Antitetánica: 1º Dosis 2º Dosis 3º Dosis Completa	NO	Si Fecha: Fecha: Fecha:..... Fecha:
Apto cardiológico para realizar DEPORTES COMPETITIVOS (acompañar con certificado extendido por médico cardiólogo)	NO	Si

4- ANTECEDENTES MÉDICOS

PESO ACTUAL:

TALLA:

GRUPO Y FACTOR SANGUINEO:

Alergias a medicamentos	NO	SI, en este caso, a cuáles.....
Alergias en piel	NO	SI, en este caso, cuáles

Alergia por otras causas	NO	SI, en este caso, cuáles
Asma	NO	SI, ampliar.....
Epilepsia	NO	SI, ampliar.....
Convulsiones	NO	SI, ampliar.....
Vértigos – Mareos – Crisis nerviosas	NO	SI, ampliar.....
Desmayos	NO	SI, ampliar.....
Dolor de cabeza severo	NO	SI, ampliar.....
Tuberculosis	NO	SI, ampliar.....
Fiebre reumática	NO	SI, ampliar.....
Colagenopatías	NO	SI, ampliar.....
Hernias	NO	SI, ampliar.....
Diabetes	NO	SI, ampliar.....
Hipertensión arterial	NO	SI, ampliar.....
¿Alguna otra enfermedad seria que mencionar?	NO	SI, ampliar.....
¿Toma medicamentos?	NO	SI, en este caso, cuáles, nombre y dosis
Internaciones	NO	SI, en este caso mencione la causa fecha
Operaciones	NO	SI, en este caso mencione cuáles fecha
Accidentes	NO	SI, consecuencias..... fecha.....
Transfusiones de sangre	NO	SI, fecha.....
¿Ha padecido enfermedades de transmisión sexual?	NO	SI, cuáles fecha
¿Traumatológicas?	NO	SI, secuelas:
Fracturas	NO	SI, secuelas:
Esguinces	NO	SI, secuelas:
Luxaciones	NO	SI, secuelas:
Desgarros	NO	SI, secuelas: Fecha

Lugar y fecha.....

.....

Firma del aspirante

.....

Firma y sello del médico