

**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.