

## Ficha Médica – Mayor de 21 años

|                      |  |                      |  |
|----------------------|--|----------------------|--|
| Fecha actual:        |  | Numero CI:           |  |
| Nombres:             |  |                      |  |
| Apellidos:           |  |                      |  |
| Fecha de Nacimiento: |  | Lugar de Nacimiento: |  |
| Dirección actual:    |  |                      |  |
| Teléfono/Celular     |  |                      |  |
| Peso Actual:         |  | Altura actual en cm: |  |

Datos sobre Enfermedades o Eventos preexistentes:

|   | En caso afirmativo, detallar: |
|---|-------------------------------|
| Enfermedades Cardiológicas: No ___ Si ___ |                               |
| Enfermedades Renales: No ___ Si ___       |                               |
| Enfermedades Pulmonares: No ___ Si ___    |                               |
| Alergias: No ___ Si ___                   |                               |
| ASMA: No ___ Si ___                       |                               |
| Hipertensión: No ___ Si ___               |                               |
| Enfermedades Oncológicas: No ___ Si ___   |                               |
| Diabetes: No ___ Si ___                   |                               |
| Enfermedades Psíquicas: Si ___ No ___     |                               |
| VIH Positivo: Si ___ NO ___               |                               |
| Enfermedades congénitas: Si ___ No ___    |                               |
| Cirugías: Si ___ No ___                   |                               |

Estilo de vida actual:

|                    |                                     |                     |                                  |
|--------------------|-------------------------------------|---------------------|----------------------------------|
| FUMA:              | SI ___ NO ___<br>Ocasionalmente ___ | Consumo<br>Drogas   | SI ___ NO ___ Ocasionalmente ___ |
| Consumo<br>Alcohol | SI ___ NO ___<br>Ocasionalmente ___ | Practica<br>deporte | SI ___ NO ___ Ocasionalmente ___ |

Qué tipo de deporte:

Observaciones:

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

- Adjuntar copia de Cédula.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración:

CI: