

**DATOS PERSONALES**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**DATOS DE SALUD**

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna enfermedad crónica? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Toma alguna medicación diariamente? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Posee Obra Social?: SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Servicio de emergencia?: SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna discapacidad? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Posee certificado de discapacidad? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Tipo de discapacidad? \_\_\_\_\_

1. Motriz: \_\_\_\_\_ 3. Auditiva: \_\_\_\_\_

2. Visual: \_\_\_\_\_ 4. Otra, ¿cuál?: \_\_\_\_\_

**DATOS DE SALUD DE PADRES**

Su madre, ¿posee alguna enfermedad crónica? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Su padre, ¿posee alguna enfermedad crónica? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Firma y aclaración: