Ficha de Inscripción Médica (Universitarixs)

15º MONUUNQ/20 (Una por estudiante)

Apellido/Nombres: ……...................................................................................................

Fecha de Nac.: ................ Edad: .......... Tipo/Nº de Doc.: ...........................................

Tel. (completar prefijos del interior del país): ..................................................................

Celular: …................................................ E-mail: .……...................................................

Dirección: .....................................................................................................................

Ciudad: ............................................... Provincia: .........................................................

Delegación: ............................................................ Comisión: ……………………………………

Universidad que representa/cursa:…………………………………………………………………….………

Docente/Asesor Técnico: ……………………………………………………………………………………………

**En caso de emergencia comunicarse**:

Con........................................................... Al tel.: .......................................................

Con............................................................ Al tel.: …....................................................

Cobertura Médica: …......................................................................................................

N° de Socio: ...................................................... Plan: …...............................................

Tel. de emergencia de la obra social: ……….....................................................................

Información médica:

Grupo sanguíneo: ……………………………..................

Alérgico: Sí / No Especificar: …...................................................................................................

¿Como lo contrarresta? …..................................................................................................................

Enfermedades Pre-existentes ............................................................................................................

Medicamentos que está tomando: ...................................................................................................

Motivo: ............................................................................ Dosis: ..........................................................

Restricciones de alimentos: …...........................................................................................................

Ha tenido operaciones o internaciones? Sí / No

Motivo: ............................................................................................... Fecha: ......................................

¿Ha recibido la vacuna antitetánica? Sí / No Fecha aproximada: ...................................

¿Ha recibido la vacuna BCG? Sí / No Fecha aproximada: ....................................

.................................. ........................................ ........................................................ Firma y aclaración Tipo y N° de documento