

**Recomendación elaborada por el Comité Mixto Distrital de
Salud de la DGCyE . LA PLATA -2023-
FICHA DE SALUD PARA LAS y LOS
TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN.**

Establecimiento:.....**Distrito**.....

Domicilio.....

Datos del agente:

Nombre y Apellido:

Sexo:..... Tipo de documento:.....Nº de DNI:

Fecha Nac:/...../..... Dirección:.....

Tel/Cel.:.....Correo Electrónico.....

Información de Salud:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI..... NO.....

¿Cuál/es?.....

. ¿Toma alguna medicación? SI..... NO.....

¿Cual/es?.....

Información importante ante alguna emergencia médica.....

¿Tiene algún tipo de alergia? SI... NO.... En caso afirmativo, describa sus manifestaciones.

.....

La alergia se debe a:.....

No sabe: GRUPO SANGUÍNEO:

Vacunación COVID-19.

¿Recibió la primera (1ra.) dosis? SI-NO ¿Recibió la segunda (2da.) dosis? SI-NO ¿Recibió la

tercera (3ra.) dosis? SI-NO ¿Recibió la cuarta (4ta) dosis ? SI - NO **Otras Vacunas:** ¿Recibió la

vacuna antitetánica en los últimos 10 años? SI-NO

¿Tiene algún servicio de emergencias?¿Cuál?.....Tel.

de contacto..... Nº de Afiliado.....

EN CASO DE URGENCIA RECURRIR A:

Médico: Apellido: Nombre:

Dirección: Tel/Cel.....

Familiar: Apellido: Nombre:

Dirección: Tel/Cel.....

Familiar: Apellido: Nombre:

Dirección: Tel/Cel.....

¿Desea agregar algún otro dato que considere importante acerca de su salud?.....

.....

.....