



**FICHA DE SALUD PERSONAL DOCENTE**  
**(según recomendaciones Comité Mixto Distrital Provincia de Buenos Aires)**

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

**DATOS DEL AGENTE**

Nombre y Apellido: .....

Nº de DNI: .....

Fecha Nacimiento: ...../...../.....

Dirección:.....

Tel/Cel.:.....

Correo Electrónico ABC.....

Correo Electrónico Alternativo.....

**INFORMACIÓN DE SALUD**

**A) - ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:**

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI..... NO..... (marcar con una X)

¿Cuál/es?.

.....  
.....  
.....

¿Toma alguna medicación? SI..... NO..... (marcar con una X)

¿Cuál/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:**

.....  
.....

**GRUPO y FACTOR SANGUÍNEO:** .....

**¿Tiene algún servicio de emergencias? ¿Cuál?**

Tede contacto..... N° 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?**

.....  
.....  
.....  
.....

**LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.**

Dicha ficha constituye un insumo para salvaguardar a los agentes ante cualquier contingencia de salud que pudiera suceder en su lugar de trabajo y pueda ser utilizada por la emergencia médica. En el marco de las acciones según plan de prevención de riesgos institucional.

Lugar y fecha .....

Firma y aclaración del aspirante.....

Recibió:.....

Lugar y fecha ..... Son ..... folios.

.....  
Sello Institucional

.....  
Firma y sello de la autoridad interviniente