



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