BUENOS AIRES PROVINCIA | BA

FICHA DE SALUD ADULTOS MAYORES

	ÁREA DEPORTES	**ÁREA CULTURA**	

PARTICIPANTE

APELLIDO Y NOMBRES					
D.N.I.		**FECHA DE NACIMIENTO**			
DOMICILIO			**C.P.**		
LOCALIDAD		**MUNICIPIO**			
OBRA SOCIAL		**MEDICO**			

Breve historia clínica

Presión arterial habitual:…… **Grupo Sanguíneo**: ……

Antecedentes Patológicos: (Remarcar lo que corresponde con **X**)

HTA	DBT	ACV	EPOC	EPILEPSIA	ONCOLOGICOS	QUIRURGICOS
OTROS						

De los remarcados, definir

Patología: ……

Evolución: ……

Tratamiento: ……

Patología: ……

Evolución: ……

Tratamiento: ……

Medicación habitual:

……..

Informe Adicional:

……..

……

……

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ACLARACION

FIRMA DEL MEDICO

FECHA Y SELLO

PARA SER COMPLETADO POR AUTORIDAD MUNICIPAL

Apellido y nombres Autoridad Oficial	
Cargo que desempeña	

Sello Oficial

Firma