



**.UBA**  
Universidad de  
Buenos Aires

**.UBA VETERINARIA**  
Facultad de Ciencias Veterinarias

**.UBA AGROPECUARIA**  
Escuela de Educación Técnico Profesional  
de nivel medio en Producción Agropecuaria  
y Agroalimentaria

## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - 2025

**DATOS PERSONALES:** CICLO LECTIVO: \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_

APELLIDO/S: \_\_\_\_\_ NOMBRE/S: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE DEL MADRE / PADRE \_\_\_\_\_ CEL.: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE/ PADRE \_\_\_\_\_ CEL.: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS ALTERNATIVOS \_\_\_\_\_

COBERTURA MÉDICA \_\_\_\_\_ Nº afiliado: \_\_\_\_\_

CONTACTO ALTERNATIVO EN CASO DE URGENCIA: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE SALUD

GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ FACTOR R.H: \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES PADECIDAS HASTA LA FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ES ALÉRGICO A \_\_\_\_\_

PROCESOS INFLAMATORIOS Y/O INFECCIOSOS: SI / NO \_\_\_\_\_

ENF. METABÓLICAS, DIABETES: SI / NO \_\_\_\_\_

CARDIOPATÍAS: SI / NO \_\_\_\_\_

HERNIAS INGUINALES: SI / NO \_\_\_\_\_

OTRAS PROBLEMAS RESPIRATORIOS / VISUALES/ AUDITIVOS: \_\_\_\_\_

ALTERACIONES EN LA MARCHA: \_\_\_\_\_

**HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE:**

HEPATITIS (60días) \_\_\_\_\_ SARAMPIÓN (30días) \_\_\_\_\_ PAROTIDITIS (30 días) \_\_\_\_\_

MONONUCLEOSIS INFECCIOSAS (30 días) \_\_\_\_\_ OPERACIONES \_\_\_\_\_

ESGUINCES, LUXACIONES, FRACTURAS \_\_\_\_\_

DESMAYOS \_\_\_\_\_ CONVULSIONES \_\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_

VACUNAS O SUEROS RECIBIDOS \_\_\_\_\_

VACUNA ANTITETÁNICA / FECHA: \_\_\_\_\_

¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? SI/NO \_\_\_\_\_

¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO? SI/NO \_\_\_\_\_

ALGUNA OTRA SITUACIÓN PARTICULAR DETERMINADA POR EL MÉDICO O POR UDS. QUE NO ESTÉ  
CONTEMPLADA EN ESTA FICHA: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE ALGUNO DE LOS ÍTEMS SEÑALADOS PRECEDENTEMENTE, DEBERÁ PRESENTAR EL CERTIFICADO MÉDICO QUE AVALE LA AFECCIÓN CONSIGNADA, INDICANDO SI EN VIRTUD DE LA MISMA EL ALUMNO SE ENCUENTRA CAPACITADO O NO PARA EFECTUAR ACTIVIDADES FÍSICAS.**

**SEGÚN MI LEAL CONOCIMIENTO, DECLARO QUE SON VERÍDICOS TODOS LOS DATOS QUE PROPORCIONO EN EL PRESENTE CUESTIONARIO.**

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Madre/Padre  
Firma, aclaración y DNI

\_\_\_\_\_  
Madre/Padre  
Firma, aclaración y DNI

\_\_\_\_\_  
Tutor/a o Representante Legal  
Firma, aclaración y DNI

**¡IMPORTANTE! LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER FIRMADA POR EL PROFESIONAL MÉDICO O ESTAR ACOMPAÑADA POR EL CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA Y TENDRÁ VALIDEZ PARA EL CICLO LECTIVO EN CURSO.**

CERTIFICO QUE \_\_\_\_\_ ESTÁ APTO PARA  
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA.

FIRMA Y SELLO DE MÉDICA/O: