



**31 ASAMBLEA
FEDERAL**
ACCIÓN CATÓLICA ARGENTINA
"PEREGRINOS DE ESPERANZA,
ALEGRES EN LA MISIÓN"
15, 16 Y 17 DE AGOSTO 2025 - TUCUMÁN

FICHA MÉDICA

Apellido y Nombres:
Diócesis: Parroquia:
Área: Sección:
Edad: D.N.I.: Teléfono:
Grupo y factor Sanguíneo:
Obra Social: N° de Afiliado:

Antecedentes de la Infancia

¿Nació en parto normal? ☐ Sí ☐ No
En caso de contestar No, comente en forma resumida el problema:
.....

Vacunaciones

	SI	NO
BCG		
Doble		
Antimeningococcica (Meningitis)		
Antisarampionosa		
Dengue		
COVID		

Otras:
Refuerzo antitetánica: ☐ Sí ☐ No
En caso de contestar que Sí, indique fecha y cantidad de dosis recibida:
.....

Enfermedades, Alergias y Tratamientos:

¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente? ☐ SI ☐ NO
¿Por qué enfermedad?
¿Toma algún medicamento? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál?.....
¿Qué dosis y frecuencia diaria?.....
Automedicación (¿Se medica solo?)
¿Tuvo algún accidente, cirugía, internación o procedimiento medico en el último año? ☐ SI ☐ NO
¿Por qué motivo?



¿Padece o padeció alguna de las enfermedades que se mencionan a continuación?

	Si	No		Si	No
Gastritis o Ulcera			Enfermedades de los intestinos		
Hepatitis			Enfermedades renales crónicas		
Mononucliosis			Cólicos Renales		
Sarampión			Infecciones Urinarias		
Rubéola			Enfermedades de los huesos o articulaciones		
Varicela			Colesterol		
Paradotis (Paperas)			Cocoluchectos convulsa		
Fiebre Reumática			Enfermedades psiquiatrias		
Escoliosis o enf. de la columna			Enfermedades Cardíacas		
Esguinces o luxaciones			Hipertensión Arterial		
Hernias inguinales u otras			Anemia		
Enfermedades de los pulmones			Procesos inflamatorios o infecciones		
Enfermedades hemorrágicas			Hipertensión Arterial		
Problemas de coagulación			COVID		
Convulsiones			Dengue		
Enfermedades psiquiátricas					

Otras:.....

	Si	No	
Diabetes			¿Tipo de medicación?
Alergia			En caso de afirmativo, ¿a qué es alérgico? a. Alimentos: b. Medicamentos: c. Picaduras de insectos: Aclarar cuáles:
Traumatismo de cráneo			¿Con pérdida de conocimiento?
Fracturas			¿Cuál?
Epilepsia y disritmia			¿Cuál?

Firma:

Aclaración:

DNI:

(En caso de ser menor de 18 años, debe estar firmada por un padre/tutor)