



FICHA DE SALUD

FECHA
D D M M A A

NOMBRE (S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO
D D M M A A

EDAD PESO TALLA

ESPECIALIDAD NACIONALIDAD NÚMERO TELEFÓNICO

ALERGIAS SI NO SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO SI NO

A QUÉ

INMUNIZACIONES

	SI	NO	AÑO		SI	NO	AÑO
HEPATITIS B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	RUBEOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
SARAMPIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
NEUMONÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	TETANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
INFLUENZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				

OTRO

**** Toda información proporcionada, será tratada de manera confidencial y se integrara a su expediente personal.**



FICHA DE SALUD

COMORBILIDADES

	SI	NO		SI	NO
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBESIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CÁNCER EN TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INMUNOSUPRESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		OTRA ESPECIFICAR		<input type="text"/>	
SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO		SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA

**** Toda información proporcionada, será tratada de manera confidencial y se integrara a su expediente personal.**