



MINISTERIO DE EDUCACION  
DIRECCION DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y ARTISTICA  
**CONSERVATORIO PROVINCIAL DE MÚSICA**  
TUCUMÁN

**FICHA MÉDICA**

**1. DATOS DEL ESTUDIANTE**

Nombre y Apellido: .....

DNI N°..... Fecha de Nacimiento: .....

Domicilio:..... Teléfono: .....

¿Cuenta con cobertura social? ( en caso afirmativo indique cobertura y n° de afiliado)  
.....

En caso de ser necesario, avisar a:

\* Apellido y nombre del contacto: .....

Vínculo: ..... Teléfono:.....

\* Apellido y nombre del contacto: .....

Vínculo: ..... Teléfono:.....

**2. ANTECEDENTES Y TRATAMIENTOS**

2.1 ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI ( ) NO ( )  
En caso afirmativo, indique diagnóstico y tratamiento:  
.....

2.2 ¿Fue sometido a alguna intervención quirúrgica? SI ( ) NO ( )  
En caso afirmativo, indique cuál y hace cuánto:  
.....

2.3 ¿Tiene algún tipo de alergia? SI ( ) NO ( )  
En caso afirmativo, indique diagnóstico y tratamiento:  
.....

2.4 ¿Toma algún medicamento permanente? SI ( ) NO ( )  
En caso afirmativo, indique diagnóstico y tratamiento:  
.....

2.5 ¿Lleva una dieta particular? SI ( ) NO ( )  
En caso afirmativo, especifique  
:  
.....

**3 . OTROS DATOS QUE CONSIDERE ÚTILES:**

.....

.....

.....

.....

Firma y sello - Médico                      Firma y sello - Institución                      Firma y aclaración - Estudiante

**Recuerde que los datos consignados en este formulario tienen carácter de declaración jurada.**