



--SANIDAD--
FICHA DE SALUD

UNIVERSIDAD PROVINCIAL DEL SUDOESTE
Alvarado 328 Tel: 0291-4592572 Bahía Blanca

Fecha:

Apellido y Nombres:

D.N.I.:

Carrera que cursa:

Sede:

Mail:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio Real:

Tel:

Residencia Actual:

Tel:

Obra Social: si / no

Detallar nombre:

ANTECEDENTES FAMILIARES

	Padre	Madre
Diabetes		
Hipertensión Arterial		
Colesterol (grasas en sangre)		
Obesidad		
Alcoholismo		
Cáncer		
Enfermedades Neurológicas		
Enfermedades Psiquiátricas		
Otras		

1) ANTECEDENTES PERSONALES

a) Vacunación

SI

fecha

- Triple/cuadruple Bacteriana.....
- Antituberculosa (BCG).....



UNIVERSIDAD PROVINCIAL DEL SUDOESTE

- Doble Bacteriana (Antitetánica).....
- Antipoliomelítica.....
- Hepatitis A.....
- Hepatitis B.....
- Triple Viral.....
- b) Ha tenido internaciones hospitalarias.....
 Describe:
- c) Ha sido operado.....
 Mencione de qué y cuándo.....

2) APARATO CARDIOVASCULAR

SI

NO

- a) Tiene palpitaciones.....
- b) Se agita con los esfuerzos habituales.....
- c) Sufre de presión alta o baja.....
- d) Ha tenido dolor en el pecho con o sin esfuerzo.....

3) APARATO RESPIRATORIO

SI

NO

- a) Experimenta falta de aire.....
- b) Siente silbidos en el pecho al respirar hondo.....
- c) Tos continua.....
- d) Ha expectorado con sangre.....

4) APARATO GENITO-URINARIO

SI

NO

- a) Ha orinado sangre.....
- b) Tiene ardor al orinar.....
- c) Se hinchan sus tobillos.....
- d) Ha padecido cólicos renales.....

HOMBRE

- a) Tuvo dolores y/o hinchazón testicular.....
- b) Nota algún bulto que sospeche pueda ser hernia.....
- c) Ha padecido secreción del pene.....

MUJERES

- a) Tiene flujo continuamente.....
- b) Ha tenido pérdida fuera de período menstrual.....
- c) Sufre dolor de pechos o ha notado bultos y/o durezas.....



- d) Se realiza PAP test cada 1 año si es sexualmente activa.....
- e) Ha tenido verrugas vaginales.....
- f) Utiliza algún tipo de método anticonceptivo?cual?.....
- g) Utiliza algún tipo de método de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual.....

5) APARATO DIGESTIVO

SI NO

- a) Padece Acidez.....
- b) Tiene náuseas o vómitos con frecuencia.....
- c) Suele tener diarreas.....
- d) Ha evacuado con sangre roja alguna vez.....
- e) Padece de dolores “cólicos” abdominales.....

6) SISTEMA NERVIOSO Y MÚSCULO ESQUELÉTICO

SI NO

- a) Padece dolor de cabeza frecuente.....
- b) Ha tenido desmayos.....
- c) Siente mareos o pérdida de equilibrio.....
- d) Distingue bien los colores.....
- e) Ve doble, a veces.....
- f) Ha tenido convulsiones.....
- g) Siente debilidad muscular.....
- h) Siente dolores articulares.....
- i) Coordina bien la marcha.....
- j) Se le hincha alguna articulación.....
- k) Le tiemblan las manos.....

7) CONSIDERACIONES GENERALES

SI NO

- a) Es alérgico ¿a qué?.....
- b) Tiene lesiones en la piel que hayan crecido.....
- c) Toma alguna medicación: ¿cuál?.....
- d) Practica deportes. ¿cuál y cómo?.....
- e) Toma bebidas alcohólicas: ¿cuál y cuánto?.....
- f) Cuantos cigarrillos fuma por día.....
- g) Nota que ha adelgazado: ¿cuántos kilos?.....
- h) Nota que ha engordado: ¿cuántos kilos?.....



- | | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| 8) APECTOS PSICOLÓGICOS | | |
| a) Pérdida de interés o placer sexual..... | | |
| b) Sentirse con pocas energías o decaído..... | | |
| c) Pensamiento de poner fin a su vida..... | | |
| d) Sentirse triste..... | | |
| e) Desinterés por las cosas..... | | |
| f) Sentirse desesperado sobre el futuro..... | | |
| g) Sentimientos de inutilidad..... | | |
| h) Nerviosismo o agitación..... | | |
| i) Temblores..... | | |
| j) Sentirse tan intranquilo que no puede estar quieto..... | | |
| k) Pensamientos e imágenes de naturaleza amenazadora..... | | |
| l) Tiene alterado el humor..... | | |
| m) Tiene disminuida su capacidad de atención..... | | |
| n) Siente alterada la memoria..... | | |
| o) Tiene disminuido el apetito..... | | |
| p) Aumentó la frecuencia de sus accidentes (domésticos o no)... | | |
| q) Dificultad para iniciar o mantener el sueño..... | | |
| r) Somnolencia excesiva..... | | |

- | | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| 9) ASPECTOS SOCIALES | | |
| a) Es residente de la localidad donde estudia..... | | |
| b) Vive solo..... | | |
| c) Si reside en otro lugar, con qué frecuencia visita a sus afectos.. | | |

¿Querría tener una entrevista con el Médico del Área? ¿Por qué?.....

(si es urgente comuníquese a través de la Administrativa de su Sede o directamente a la Sede Central de la UPSO).

Firma:
Aclaración:
DNI:



<u>Apellido y Nombres:</u>	<u>DNI:</u>
<u>Sede:</u>	<u>Carrera:</u>

1) LABORATORIO:

Sangre:

- a) Hto.....%
- b) Glucemia.....
- c) Colesterol total.....
- d) VDRL.....

Orina:

- e) Densidad..... Proteínas..... Glucosa.....
- Otros.....

2) EXAMEN BUCODENTAL:.....

3) EXAMEN CLÍNICO: Talla..... Peso.....

Frec. Card.....Frec resp.....

Presión Arterial: Max..... Min.....

Agudeza Visual: OD..... OI.....

INFORME FINAL: APTO

PENDIENTE

FECHA:.....

FIRMA

Bioquímico

FIRMA

Odontólogo

FIRMA

Médico

AUDITORÍA SANIDAD UPSO

APTO/PENDIENTE

FECHA:.....

Firma y sello del responsable:.....