

PARA SER LLENADO POR EL DEPTO. DE SANIDAD

FECHA:

ANALISIS DE LABORATORIO

ORINA: Densidad Proteínas Glucosa

Otros:

Eritrosedimentación mm Hematocrito %

Glucemia VDRL

EXAMEN BUCODENTAL:

EXAMEN CLÍNICO: TALLA PESO

Presión arterial: MÁX MIN

Agudeza visual: O.D. O.I.

INFORME FINAL: APTO

INAPTO

Firma del Bioquímico Firma del Odontólogo Firma del Médico

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
López Francés 850 - Tel 4595124

Apellido y Nombres:
Fecha de nacimiento:
Domicilio en Bahía Blanca:
Lugar de procedencia:
Obra Social:
Carrera que cursa:

LEER DETENIDAMENTE Y TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA

ANTECEDENTES PERSONALES:

?Se ha aplicado alguna de las siguientes vacunas?

TRIPLE BACTERIANA	NO SI	HEPATITIS A	NO SI
ANTITUBERCULOSA (BCG)	NO SI	HEPATITIS B	NO SI
DOBLE BACTERIANA (Antitetánica)	NO SI	TRIPLE VIRAL	NO SI
ANTIPOLIOMIELITICA (SABIN)	NO SI		

?Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

RUBEOLA	NO SI	ENFERMEDADES	NO SI
VARICELA	NO SI	CARDIOVASCULARES	NO SI
TOS CONVULSA	NO SI	FIEBRE REUMÁTICA	NO SI
TÉTANOS	NO SI	ENFERMEDADES RENALES	NO SI
HIDATIDOSIS	NO SI	(ej: glomerulonefritis)	
BRUCELOSIS	NO SI	ENFERMEDADES DE LA	
PAPERAS	NO SI	SANGRE (ej: anemia)	NO SI
PARASITOSIS INFANTIL	NO SI	HIPOTIROIDISMO	NO SI
ENFERMEDAD DE CHAGAS	NO SI	HIPERTIROIDISMO	NO SI
SIFILIS	NO SI	DIABETES	NO SI
ESCARLATINA	NO SI	GASTRITIS	NO SI
ERISIPELA	NO SI	ÚLCERA GASTRODUDENAL	NO SI
SARAMPION	NO SI	HERNIAS	NO SI
HEPATITIS	NO SI	HEMORROIDES	NO SI
TUBERCULOSIS	NO SI	TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	NO SI
BRONQUITIS	NO SI	O PSICOPATOLÓGICOS	NO SI
ASMA BRONQUIAL	NO SI	En caso afirmativo, cuál?	
NEUMONIA	NO SI	MENINGITIS	NO SI
NEUMOTORAX	NO SI	ENCEFALITIS	NO SI
DERRAME PLEURAL	NO SI	EPILEPSIA	NO SI

INDIQUE LAS OPERACIONES QUE HAYA TENIDO:

CONTESTE LAS SIGUIENTES SITUACIONES

- | | | | |
|---|-------|---|-------|
| ¿Es alérgico? | NO SI | ¿Ha padecido bulimia o anorexia? | NO SI |
| ¿A qué?..... | NO SI | ¿Sigue alguna dieta especial? | NO SI |
| ¿Sufre mareos? | NO SI | ¿Sufre acidez estomacal? | NO SI |
| ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? | NO SI | ¿Tiene náuseas o vómitos con frecuencia? | NO SI |
| ¿Ha tenido desmayos? | NO SI | ¿Suele tener diarreas? | NO SI |
| ¿Ve doble a veces? | NO SI | ¿Sufre constipación? | NO SI |
| ¿Distingue los colores? | NO SI | ¿Duermes bien? | NO SI |
| ¿Ve bien al leer? | NO SI | ¿Practica deportes o actividad física regular? | NO SI |
| ¿Ha tenido zumbidos en los oídos? | NO SI | ¿Toma alguna medicación con frecuencia? | NO SI |
| ¿Ha tenido sinusitis? | NO SI | En caso afirmativo, ¿cuál? | |
| ¿Se resfría fácilmente? | NO SI | ¿Toma bebidas alcohólicas con frecuencia? | NO SI |
| ¿Tiene hemorragias nasales? | NO SI | ¿Es fumador? | NO SI |
| ¿Siéntese bien los oídos? | NO SI | En caso afirmativo: ¿cuántos cigarrillos fuma por día?..... | |
| ¿Suele tener afonías? | NO SI | Y ¿desde qué edad?..... | |
| ¿Experimenta falta de aire? | NO SI | ¿Posee tatuajes o piercing? | NO SI |
| ¿Tiene palpitaciones? | NO SI | ¿Se expone al sol? | NO SI |
| ¿Se le hinchan los tobillos? | NO SI | ¿Respetas los horarios sugeridos de exposición solar? | NO SI |
| ¿Se agita con los esfuerzos habituales? | NO SI | ¿Utiliza filtro solar? | NO SI |
| ¿Siéntese silbidos en el pecho al respirar hondo? | NO SI | ¿Tiene lunares que han crecido? | NO SI |
| ¿Sufre de presión alta? | NO SI | ¿Emplea cinturón de seguridad o casco? | NO SI |
| ¿Sufre de presión baja? | NO SI | ¿Tuvo o tiene ruidos cuando abre y cierra la boca? | NO SI |
| ¿Ha tenido análisis de orina o de sangre anormales? | NO SI | Tiempo que no recibe tratamiento Odontológico..... (años) | |
| ¿Tuvo ganglios grandes? | NO SI | | |
| ¿Tuvo ardor al orinar? | NO SI | | |
| ¿Ha orinado con sangre? | NO SI | | |
| ¿Ha tenido convulsiones? | NO SI | | |
| ¿Sufre o ha sufrido alguna enfermedad de huesos y/o articulaciones? | NO SI | | |
| ¿Ha padecido fracturas óseas? | NO SI | | |
| ¿Puede comer de todo? | NO SI | | |

Preguntas para ser contestadas por varones:

- | | |
|--|-------|
| ¿Tuvo o tiene dolores en los órganos genitales? | NO SI |
| ¿Ha notado hinchazón en los testículos? | NO SI |
| ¿Ha tenido verrugas genitales? | NO SI |
| ¿Utiliza algún tipo de método de prevención de enfermedades de transmisión sexual? | NO SI |

Preguntas para ser contestadas por mujeres:

- | | |
|--|-------|
| ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?..... | |
| ¿Cuántos días dura habitualmente su menstruación?..... | |
| ¿Cada cuántos días tiene su menstruación habitualmente?..... | |
| ¿Suelen ser dolorosas? | NO SI |
| ¿Ha tenido pérdidas de sangre fuera de los periodos? | NO SI |
| ¿Tiene o ha tenido flujo vaginal? | NO SI |
| ¿Tiene o ha tenido dolor en las mamas? | NO SI |
| ¿Ha notado bultos o durezas en las mamas? | NO SI |
| ¿Le ha crecido vello en abundancia? | NO SI |
| ¿Se ha realizado PAP? | NO SI |
| ¿Se ha vacunado contra la rubéola? | NO SI |
| ¿Ha tenido verrugas vaginales? | NO SI |
| ¿Utiliza algún tipo de método anticonceptivo? | NO SI |
| En caso afirmativo: cuál?..... | |
| ¿Utiliza algún tipo de método de prevención de enfermedades de transmisión sexual? | NO SI |

ANADA TODO DATO QUE CONSIDERE DE INTERÉS MÉDICO:

.....
 (FIRMA DEL ALUMNO)

Tipo de documento..... y número.....



UNIVERSIDAD PROVINCIAL DEL SUDOESTE

--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).....



- 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.....



UNIVERSIDAD PROVINCIAL DEL SUDOESTE

- 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?.....



8) APECTOS PSICOLÓGICOS **SI** **NO**

- 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.....

9) ASPECTOS SOCIALES **SI** **NO**

- 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: