



--SANIDAD--

FICHA DE SALUD ALUMNOS INGRESANTES

UNIVERSIDAD PROVINCIAL DEL SUDOESTE

Alvarado 328 Tel: 0291-4592572 Bahía Blanca

Fecha:

Apellido y Nombres:

Mail:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio Real:

Tel:

Residencia Actual:

Tel:

Obra Social: si / no

Detallar nombre:

Carrera que Cursa:

Sede:

ANTECEDENTES FAMILIARES

	Padre	Madre	Abuelo Paterno	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuela Materna
Diabetes						
Hipertensión Arterial						
Colesterol (grasas en sangre)						
Obesidad						
Alcoholismo						
Cáncer						
Enfermedades Neurológicas						
Enfermedades Psiquiátricas						
Otras						

1) ANTECEDENTES PERSONALES

a) Ha sido vacunado

SI

NO

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



- Doble Bacteriana (Antitetánica).....
- Antipoliomelítica.....
- Hepatitis A.....
- Hepatitis B.....
- Triple Viral.....

- b) Ha padecido alguna enfermedad infecciosa que le haya dejado secuelas.....
 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) Ha tenido frecuentemente resfríos, sinusitis, afonías, hemorragias nasales.....
 Especifique:
- b) Experimenta falta de aire.....
- c) Siente silbidos en el pecho al respirar hondo.....
- d) Tos continua.....
- e) Se siente afiebrado por las tardes.....
- f) 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) Tiene alguna alteración sexual que le preocupe.....
- c) Nota algún bulto que sospeche queda ser hernia.....



d) Ha padecido secreción del pene.....

MUJERES

- a) La menstruación es dolorosa.....
- b) Cuántos días dura.....
- c) Tiene flujo continuamente.....
- d) Ha tenido pérdida fuera de período menstrual.....
- e) Sufre dolor de pechos o ha notado bultos y/o durezas.....
- f) Padece de vello en abundancia.....
- g) Previo a la menstruación se siente muy nerviosa.....
- h) Se realiza PAP test cada 1 año si es sexualmente activa.....
- i) Ha tenido verrugas vaginales.....
- j) Utiliza algún tipo de método anticonceptivo?.....
- k) En caso afirmativo; cuál?.....
- l) Utiliza algún tipo de método de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual.....

5) APARATO DIGESTIVO

SI

NO

- a) Su digestión es lenta.....
- b) Padece Acidez.....
- c) Tiene náuseas o vómitos con frecuencia.....
- d) Realiza algún régimen alimenticio.....
- e) Suele tener diarreas.....
- f) Ha evacuado con sangre roja alguna vez.....
- g) Ha tenido parásitos o padece picazón anal.....
- h) Padece de dolores “cólicos” en el abdomen.....
- i) Alguna vez se puso amarillo (ictericia).....

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) Ve bien al leer.....
- e) Distingue bien los colores.....
- f) Ve doble, a veces.....
- g) Ha tenido convulsiones.....
- h) Siente debilidad muscular.....



- i) Siente dolores articulares.....
- j) Coordina bien la marcha.....
- k) Se le hincha alguna articulación.....
- l) Le tiemblan las manos.....

7) CONSIDERACIONES GENERALES

SI

NO

- a) Es alérgico ¿a qué?.....
- b) Ha tenido eczema y/o urticaria.....
- c) Tiene lesiones en la piel que hayan crecido.....
- d) Toma alguna medicación: ¿cuál?.....
- e) Practica deportes. ¿cuál y cómo?.....
- f) Toma bebidas alcohólicas: ¿cuál y cuánto?.....
- g) Cuantos cigarrillos fuma por día.....
- h) Nota que ha adelgazado: ¿cuántos kilos?.....
- i) Nota que ha engordado: ¿cuántos kilos?.....
- j) Ha tenido traumatismos importantes que le hayan dejado alguna incapacidad: ¿cuál?.....

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) Llorar con facilidad.....
- e) Sentimientos de estar atrapado.....
- f) Culparse a sí mismo de las cosas.....
- g) Sentirse solo.....
- h) Sentirse triste.....
- i) Preocuparse demasiado o dar vueltas continuamente sobre las cosas.....
- j) Desinterés por las cosas.....
- k) Sentirse desesperado sobre el futuro.....
- l) Sentirse que todo le representa un esfuerzo.....
- m) Sentimientos de inutilidad.....
- n) Nerviosismo o agitación.....
- o) Temblores.....
- p) Asustarse súbitamente sin razón.....
- q) Sentirse temeroso.....



- r) Palpitaciones o aceleración del ritmo cardíaco.....
- s) Sentirse tenso y con los nervios de punta.....
- t) Momentos de terror y pánico.....
- u) Sentirse tan intranquilo que no puede estar quieto.....
- v) La sensación de que algo malo le va a ocurrir.....
- w) Pensamientos e imágenes de naturaleza amenazadora.....
- x) Está irritable.....
- y) Le cuesta dormir.....
- z) Tiene alterado el humor.....
- aa) Tiene disminuida su capacidad de atención.....
- bb) Se siente embotado/confundido.....
- cc) Siente alterada la memoria.....
- dd) Le cuesta tomar decisiones.....
- ee) Tiene sensación de cansancio ya desde la mañana.....
- ff) Tiene disminuido el apetito.....
- gg) Las tareas habituales le cuestan más esfuerzo.....
- hh) Aumentó la frecuencia de sus accidentes (domésticos o no).....
- ii) Dificultad para iniciar o mantener el sueño.....
- jj) No tiene sueño que le permita sentirse descansado.....
- kk) Somnolencia excesiva.....
- ll) Sueño diurno/nocturno muy prolongado.....

9) ASPECTOS SOCIALES

SI

NO

- a) Es residente de la localidad donde estudia.....
- b) Vive solo.....
- c) Tiene conflictos con sus convivientes.....
- d) 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).

¿Querría tener una entrevista con la Psicóloga 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:



Apellido y Nombres:

DNI:

Sede:

Carrera:

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.....

Presión Arterial: Max..... Min.....

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

INFORME FINAL: APTO

PENDIENTE

FECHA.....

FIRMA

FIRMA

FIRMA

Bioquímico

Odontólogo

Médico

AUDITORÍA SANIDAD UPSO

APTO/PENDIENTE

FECHA:.....

Firma y sello del responsable:.....