

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
SARAMPIÓN	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 | ¿Duermo 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 afecciones? | 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.....