



**UNIVERSIDAD PROVINCIAL DEL SUDOESTE**

---

**ENCUESTA DE SALUD**

UNIVERSIDAD PROVINCIAL DEL SUDOESTE  
Ciudad de Cali 320. Tel: 0291-4592572 Bahía Blanca

Fecha:

Apellido y Nombres:

D.N.I.:

Legajo:

Carrera que cursa:

Sede:

**Mail:**

Fecha de Nacimiento:

Domicilio Real:

Tel:

Residencia Actual:

Tel:

Obra Social: sí / no

Detallar nombre:

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

	<b>Padre</b>	<b>Madre</b>	<b>Otro Familiar (Especificar)</b>
Diabetes			
Hipertensión Arterial			
Colesterol (grasas en sangre)			
Obesidad			
Alcoholismo			
Cáncer			
Enfermedades Neurológicas			
Enfermedades Psiquiátricas			
Suicidios			
Otras			



**1) APARATO CARDIOVASCULAR / RESPIRATORIO**

**SI**                      **NO**

- a) Ha consultado a un médico por problemas cardiaco-respiratorios
  - Cuáles.....
  - .....
- b) Tiene palpitaciones.....
- c) Se agita con los esfuerzos habituales.....
- d) Sufre de presión alta o baja.....
- e) Ha tenido dolor en el pecho con o sin esfuerzo.....
- f) Se le hinchan los tobillos.....
- g) Experimenta falta de aire.....
- h) Siente silbidos en el pecho al respirar hondo.....
- i) Tos continua.....
- j) Ha expectorado con sangre.....
- k) Antecedentes de bronco espasmo o asma.....
- l) Cómo es tu presión arterial habitual?
  - Máxima (sistólica)
  - Mínima (diastólica)
- m) Sentirse tan intranquilo que no puede estar quieto.....

**2) 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 o tiene visión borrosa.....
- 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.....



**3) CONSIDERACIONES GENERALES**

- a) Toma alguna medicación: ¿cuál?.....
- b) Hace ejercicio de forma regular?
  - a. Sí, mínimo dos o tres veces por semana
  - b. Sí, mínimo una vez por semana
  - c. Sí, mínimo una vez por mes
  - d. No, no practico ninguna actividad
- c) Practica deportes. ¿cuál?.....
- d) Toma bebidas alcohólicas
  - a. Diariamente: ¿cuál y cuánto?.....
  - b. Sólo algunos fines de semana, ¿cuál y cuánto?.....
  - c. Todos los fines de semana, ¿cuál y cuánto?.....
  - d. Nunca, no consumo bebidas alcohólicas.....
- e) Es fumador?
  - a. No
  - b. Si, pero fumo menos de 10 cigarrillos por día
  - c. Si, fumo entre 10 y 20 cigarrillos por día
  - d. Si, fuma más de 20 cigarrillo al día

**SI**

**NO**

- f) Ha tenido pérdida o disminución del apetito
- g) Nota que ha adelgazado: ¿cuántos kilos?.....
- h) Nota que ha engordado: ¿cuántos kilos?.....
- i) Su dieta incluye alimentos bajos o altos en grasas?
  - a. Mi dieta incluye solamente alimentos bajos en grasas.
  - b. Habitualmente mi dieta es baja en grasas, aunque debes en cuando cometo algún “pecado”.
  - c. Consumo alimentos altos en grasas en forma habitual.
  - d. Mi dieta es, definitivamente, alta en grasas.



**4) APECTOS PSICOLÓGICOS**

**SI**

**NO**

- a) Tuvo consultas con un profesional de la salud mental?.....
  - Qué tipo de tratamiento realizó.....
- b) Sentirse con pocas energías o decaído.....
- c) Sentirse triste.....
- d) Desinterés por las cosas.....
- e) Sentirse inseguro sobre el futuro.....
- f) Nerviosismo o agitación.....
- g) Cambios en el humor.....
- h) Dificultades para mantener la atención .....
- i) Siente alterada la memoria.....
- j) Aumentó la frecuencia de sus accidentes (domésticos o no).....
- k) Dificultades para conciliar el sueño. ....
- l) Ha padecido ataque de pánico? .....
- m) Se ha sentido solo o excluido de su grupo de pares?.....
- n) Ha pensado que sus problemas eran tan graves que no le permitían pensar en nada más?.....
- o) Se considera una persona estresada a nivel personal o laboral?
  - Vivo tranquilo/a y sin estrés
  - De vez en cuando estoy sometido/a a presiones
  - Con frecuencia me siento estresado/a
  - Vivo estresado/a continuamente

**5) 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:

Lugar y fecha:.....

Al momento del examen clínico, .....,

DNI N° : ....., se encuentra en aparente buen estado de salud psicofísica.

Con ausencia de signo/sintomatología alguna.

Se otorga la presente constancia de buena salud.-

Firma y sello del Médico: