

PARA SER LLENADO POR EL DEPTO. DE SANIDAD

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

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

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 afeonías? | 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

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

	Padre	Madre	Otro Familiar (Especificar)
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: