

INGRESO 2022

HISTORIA CLÍNICA

Este formulario ha sido diseñado para conocer la situación de salud de los ingresantes. Estos ítems deberá completarlos su médico personal quien deberá firmar al final junto con Ud.
 La información aquí citada tiene carácter de **DECLARACION JURADA.**

DATOS PERSONALES

Nombres Apellido: Sexo:
 Fecha de Nacimiento:/...../..... Lugar de nacimiento:
 Lugar de residencia habitual: Tel.
 Dirección en Gral. Pico: Cel.

MIENTRAS ESTE CURSANDO SUS ESTUDIOS, CON QUIÉN VA A VIVIR?

Con mi familia Localidad Teléfono
 Solo/a Dirección
 Con compañeros Nombres y celulares

TRABAJA? NO SI Me desempeño como

HABITOS

Tabaco	fuma 1 atado por día o menos nunca fumé dejé de fumar, fecha aproximada
Alcohol	no bebo..... tomo con las comidas lo han criticado porque tomaba? sintió alguna vez ganas de disminuir la bebida? toma a veces por las mañanas?
Ejercicios	no hago sí hago frecuencia diaria o semanal nadar, correr, caminar, bicicleta, pesas, gimnasia, otros Deportes, cuáles.....
Ha probado drogas alguna vez?	no sí, cuáles

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Alguien en su familia tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedades	Madre	Padre	Hermanos
Presión alta			
Enfermedades cardíacas antes de los 55 años			
Diabetes			
Cáncer de colon o de recto			
Cáncer de mama			
Otros cánceres			
Abuso de drogas o de alcohol			
Depresión			

CONTROLES

Vacuna Antitetánica:	no	Si
1° Dosis		Fecha:
2° Dosis		Fecha:
3° Dosis		Fecha:
Completa		Fecha:
Apto cardiológico para realizar DEPORTES COMPETITIVOS (acompañar certificado extendido por médico cardiólogo)	no	Si

ANTECEDENTES MEDICOS

PESO ACTUAL:

TALLA:

Alergias medicamentosas	no	si, en este caso, a cuáles.....
Alergias en piel	no	si, en este caso, cuáles
Alergia por otras causas	no	si, en este caso, cuáles
Asma	no	si, ampliar.....
Epilepsia	no	si, ampliar.....
Convulsiones	no	Si, ampliar.....
Vértigos - Mareos - Crisis nerviosas	no	si, ampliar.....
Desmayos	no	Si, ampliar.....
Dolor de cabeza severo	no	si, ampliar.....
Tuberculosis	no	si, ampliar.....
Fiebre reumática	no	si, ampliar.....
Colagenopatías	no	si, ampliar.....
Hernias	no	si, ampliar.....
Diabetes	no	si, ampliar.....
Hipertensión arterial	no	si, ampliar.....

Alguna otra enfermedad seria que mencionar	no	si, ampliar.....
¿Toma medicamentos?	no	si, en este caso, cuáles, nombre y dosis
Internaciones	no	si, en este caso mencione la causa fecha
Operaciones	no	si, en este caso mencione cuáles fecha
Accidentes	no	si, consecuencias..... fecha.....
Transfusiones de sangre	no	si, fecha.....
¿Ha padecido enfermedades de transmisión sexual?	no	si, cuáles fecha
Traumatológicas?		Fecha
Fracturas	no	si, secuelas:
Esguinces	no	si, secuelas:
Luxaciones	no	si, secuelas:
Desgarros	no	si, secuelas:

TRATAMIENTOS ACTUALES



<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Lugar y fecha

.....
Firma del aspirante

.....
Firma y sello del médico