



INGRESO 2024

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

ANTECEDENTES MEDICOS

PESO ACTUAL:

TALLA:

GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO:

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 mencio nar	no	si, ampliar
¿Toma medicamentos?	no	si, en este caso, cuáles, nombre y dosis
Internaciones	no	si, en este caso, cuáles, nombre y dosis
Operaciones	no	si, en este caso, cuáles, nombre y dosis
Accidentes	no	si, consecuencias..... fecha.....
Transfusiones de sangre	no	si, consecuencias..... fecha.....
¿Ha padecido enfermedades de transmisión sexual?	no	si, consecuencias..... fecha.....
Traumatológicas? Fracturas Esguinces Luxaciones Desgarros	no no no no	si, consecuencias..... fecha.....

TRATAMIENTOS ACTUALES

.....
--	--

Lugar y fecha

.....
Firma del aspirante

.....
Firma y sello del médico