



INGRESO 2025

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**.

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

MIENTRAS ESTÉ 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 <input type="checkbox"/>	1 atado por día o menos.....
	Nunca fumé <input type="checkbox"/>	
Alcohol	Dejó de fumar. <input type="checkbox"/>	Fecha aproximada.....
	No bebo <input type="checkbox"/>	
	Tomo con las comidas <input type="checkbox"/>	
	¿Lo han criticado porque tomaba?..... ¿Sintió alguna vez ganas de disminuir la bebida?..... ¿toma a veces por las mañanas?.....	
Ejercicios	No hago <input type="checkbox"/>	
	Sí hago <input type="checkbox"/>	Frecuencia diaria o semanal..... NADAR, CORRER, CAMINAR, BICICLETA, PESAS, GIMNASIA, otros.....
¿Ha probado drogas alguna vez?	NO <input type="checkbox"/>	
	SÍ <input type="checkbox"/>	¿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: 1º Dosis 2º Dosis 3º Dosis Completa	NO <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
		Fecha:
		Fecha:
		Fecha:
Apto cardiológico para realizar DEPORTES COMPETITIVOS (acompañar con certificado extendido por médico cardiólogo)	NO <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES MEDICOS

PESO ACTUAL:
 TALLA:
 GRUPO Y FACTOR SANGUINEO:

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?		
Fracturas	NO	SI, secuelas:
Esguinces	NO	SI, secuelas:
Luxaciones	NO	SI, secuelas:
Desgarros	NO	SI, secuelas: Fecha

