

i. Aparato digestivo

. Caries SI - NO . Enfermedades en la boca SI - NO
. Dificultades para tragar SI - NO . Hernias SI - NO

j. Sistema urinario

. Dificultad para orinar? SI - NO . Se levanta a orinar? SI - NO

k. Sistema locomotor

. Dolor cervical - Nuca SI - NO . Dolor dorsal SI - NO
. Fractura/ accidente SI - NO . Pie plano SI - NO
. Artritis SI - NO . Calambres SI - NO

l. Operaciones

¿Ha sido operado? SI - NO . ¿De qué?
¿Cuándo?
Cicatriz (Describir el lugar).

m. Internaciones

Fecha Motivo

n. ¿Ha padecido alguna de las situaciones que se indica a continuación?:

. Apendicectomía SI - NO . Traumatismo cráneo SI - NO
. Amigdalectomía SI - NO . Traumatismo columna SI - NO
. Operado de hernia SI - NO . Fracturas SI - NO
. Transfusiones SI - NO

o. ¿Tiene reacción a algún medicamento?:

Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre y tipo de reacción:

p. ¿Está afiliado a seguro de enfermedades o mutualidades?

. Compañía o mutual:

Declaro bajo juramento que la información precedente es verídica, completa y no padezco ni he padecido otras enfermedades que las declaradas.

Lugar y fecha:

Firma del padre/madre o tutor, si es menor de 21 años
Apellido y Nombres
DNI
Teléfono

Firma del aspirante

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO

Declaración jurada formulada por el alumno y/o el padre/madre o tutor. La información que se proporcione será guardada confidencialmente y no afectará su permanencia en la Universidad (Resolución N° 80 del Consejo Superior).

Apellido: Nombres:
 Domicilio: Calle N° Dpto.
 Ciudad: Provincia:
 Estado civil: Edad:
 Documento de identidad: (Tipo y número)
 Teléfono fijo: Teléfono celular: Correo electrónico:

a. Antecedentes familiares

. ¿Tiene familiares directos con enfermedades? SI - NO / NO SE
 . ¿Qué tipo de enfermedad?
 / NO SE

b. Hábitos tóxicos

. ¿Fuma? SI - NO ¿Cuántos cigarrillos por día? ¿desde cuándo?
 . ¿Fumó? SI - NO ¿Cuántos cigarrillos por día? Tiempo:
 . ¿Toma bebidas alcohólicas? SI - NO ¿Cuáles?
 . ¿Tomó antes? SI - NO. Tiempo

c. Aparato respiratorio

. Tos persistente	SI - NO	. Sinusitis	SI - NO
. Anginas repetidas	SI - NO	. Dolor - Opresión del torax	SI - NO
. Asma	SI - NO	. Sensación de ahogo	SI - NO

d. Sistema nervioso

. Vértigos, mareos, desmayos	SI - NO	. Convulsiones	SI - NO
. Epilepsia	SI - NO	. ¿Duerme bien?	SI - NO
. Dolor de cabeza	SI - NO	. Meningitis	SI - NO
. Depresión / tristeza	SI - NO	. Trastornos en el habla	SI - NO

e. Nutrición

. Peso actual (Por favor, pesarse)		. Estatura (Por favor, medirse)
. ¿Aumentó/disminuyó de peso en el último año?	SI - NO	. Diabetes
		SI - NO

f. Enfermedades de piel SI - NO

Descripción de las mismas:

g. Visión

. Tiene/ tuvo problemas en la vista? SI - NO ¿Cuáles?
 . ¿Usa anteojos? SI - NO ¿Cuáles? ¿Desde cuándo?
 . Agudeza Visual: Ojo Izquierdo Ojo Derecho

h. Aparato cardiovascular

. Palpitaciones	SI - NO	. Dolor de pecho	SI - NO
. Tensión arterial:			