

**A. DATOS PERSONALES**

AÑO DE INGRESO:		L.E. - L.C. - C.I. - D.N.I. :	
APELLIDO/S:		NOMBRES:	
DOMICILIO:		TEL: (    )	
CIUDAD:		PROVINCIA Y PAIS:	
CORREO ELECTRÓNICO			

**B. HISTORIA FAMILIAR**

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES EN FAMILIARES (Padres, abuelos, hnos.) Indique que familiar las padece.

	Pat.	Mat.	No
1. Diabetes			
2. Tuberculosis			
3. Cáncer			
4. Obesidad			
5. Enf. del corazón			
6. Presión alta			

	Pat.	Mat.	No
7. Enfermedades del riñón			
8. Gota			
9. Alcoholismo			
10. Drogadicción			
11. Colesterol alto en sangre			
12. Otras: .....			

**C. CUESTIONARIO GENERAL**

- a) ¿Con quien vive?: .....
- b) ¿Trabaja?: ..... Formal / Informal: ..... Cantidad de horas por día: .....
- c) ¿Fuma? ..... ¿Cuántos cigarrillos por día?: .....
- d) ¿Consume alcohol diariamente? ..... ¿Cantidad? .....
- e) ¿Consume habitualmente medicamentos? ..... ¿Cuáles? .....
- f) ¿Qué hace en su tiempo libre? .....
- g) ¿Hace dieta? ..... ¿Qué alimentos consume habitualmente? .....
- h) ¿Considera que su información sexual es completa? ..... ¿De dónde la obtuvo? .....

**Otras Necesidades**

**Si tienes algún tipo de discapacidad (marca con una x)**

- Motriz
- Auditiva
- Visual
- Mental
- Otras
- Grado de discapacidad Específica .....

**¿Necesitas algún recurso o servicio para tu mejor adaptación a la Universidad?**

- Ayudas técnicas
- Mobiliario adaptado
- Adaptaciones curriculares
- Atención o apoyos de docentes especiales
- Apoyo psicológico
- Otras .....

Observaciones: .....

\*La UNRC posee una comisión de Atención a la Persona con Discapacidad. Consultá en Secretaría de Bienestar.

**D. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (Haga un círculo en la respuesta correcta)**

1. SI - NO ¿Tiene alguna dificultad para oír correctamente?
2. SI - NO ¿Ha sufrido de infecciones en los oídos?
3. SI - NO ¿Le ha sangrado abundantemente la nariz?
4. SI - NO ¿Alguna vez ha tenido sensación de falta de aire con silbidos en el pecho?
5. SI - NO ¿Ha sufrido alguna enfermedad pulmonar crónica?
6. SI - NO ¿Tuvo alguna enfermedad seria del hígado?
7. SI - NO ¿Se siente mal del estómago a menudo? ¿Qué siente?  
 Dolor     Hinchazón     Acidéz     Vómitos     Ardor     Eructos     Otros
8. SI - NO ¿Alguna comida le cae mal o pesada?
9. SI - NO ¿Tiene episodios frecuentes de diarrea?
10. SI - NO ¿Evacúa su intestino diariamente?
11. SI - NO ¿Ha tenido alguna vez parásitos intestinales?
12. SI - NO ¿Le ha dicho algún Médico que su presión arterial NO es Normal?
13. SI - NO ¿Siente o ha sufrido de dolores en el pecho?
14. SI - NO ¿Ha tenido alguna vez palpitaciones?
15. SI - NO ¿Tuvo alguna enfermedad en el riñón?
16. SI - NO ¿Tiene dolores en huesos y articulaciones?
17. SI - NO ¿Tiene dolores de columna?
18. SI - NO ¿Ha permanecido en alguna oportunidad internado?
19. SI - NO ¿Ha sufrido alguna fractura?
20. SI - NO ¿Sufre a menudo de intensos dolores de cabeza?
21. SI - NO ¿Se desmaya con facilidad o siente frecuentes mareos?
22. SI - NO ¿Tuvo alguna vez un fuerte golpe en la cabeza?
23. SI - NO ¿Ha aumentado o disminuido de peso últimamente?
24. SI - NO ¿Tuvo alguna vez convulsiones y/o ataques de epilepsia?
25. SI - NO ¿Ha estado alguna vez bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico?
26. SI - NO ¿Le ha dicho algún Médico que padece hernia?
27. SI - NO ¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad en la sangre?
28. SI - NO ¿Tiene diabetes (azúcar en la sangre)?
29. SI - NO ¿Sus heridas curan bien?
30. SI - NO ¿Tuvo alguna enfermedad en la glándula tiroides?
31. SI - NO ¿Ha tenido algún accidente serio?
32. SI - NO ¿Tiene fiebre reumática?
33. SI - NO ¿Orinó alguna vez con sangre?
34. SI - NO ¿Tiene dificultad para comenzar a orinar?
35. SI - NO ¿Nota ardor y/o dolor al orinar?
36. SI - NO ¿Ha consultado al médico en los últimos 5 años?

37. SI - NO ¿Está en tratamiento actualmente por alguna enfermedad?

38. ¿Cuál? .....

39. SI - NO ¿Sufre algún tipo de alergia?

Piel  Ojos  Naríz  Bronquios  Gastrointestinal  Medicamentos ¿Cuáles? .....

40. SI - NO ¿ Tiene épocas en que sufre de:

Irritabilidad  Depresión  Insomnio  Llanto  pesimismo  miedo  euforia  inseguridad

**Para ser contestado por el hombre:**

a) SI - NO ¿Considera que su función sexual se halla disminuida?

b) SI - NO ¿Tiene alguna razón para pensar que es estéril?

c) SI - NO ¿Tuvo alguna enfermedad de transmisión sexual?

d) SI - NO ¿Padeció o padece de varicocele?

e) SI - NO ¿Padeció o padece de fimosis?

f) SI - NO ¿Padeció o padece de criptorquidia?

**Para ser contestado por la mujer:**

a) Edad de su primera menstruación: ..... años.

b) Características previas y/o acompañantes:

Nerviosismo  Dolor  Distensión Abdominal  Excesiva cantidad  Tensión Mamaria

e) Fecha de última menstruación: del ..... al .....

c) Número de embarazos: .....

e) SI - NO ¿Ha tenido abortos?

provocado  espontáneo  consecutivo

f) Ha tenido partos:

normales  Anormal/cesárea  prematuros

g) Número de hijos: .....

h) SI - NO ¿Tuvo alguna enfermedad de transmisión sexual?

e) ¿Cuándo fue la última vez que la examinó un médico ginecólogo?

Días  Meses  Años  Nunca

Nombre y apellido del ginecólogo/a: .....

d) Tiempo de presentación habitual y duración de sus períodos, cada ..... días; ..... días.

i) Tuvo alguna vez:

Dolores de mamas  Nódulos o durezas mamarias  Secreción por el pezón

f) SI - NO ¿Presencia abundante de flujo durante todo el mes?

j) SI - NO ¿Tiene hemorragias genitales fuera del período menstrual?

g) ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos anticonceptivos?

Medic. Bucales  Diafragma  Espiral  Otros  Ninguno de ellos

e) SI - NO ¿Realiza/control de Papanicolau?

**INTERVENCIONES QUIRURGICAS:**

	SI	NO		SI	NO
1. NARIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. GINECOLOGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. GARGANTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. MAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. APENDICE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. HERNIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. VESICULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. VARICOCELE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. BAZO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. CRIPTORQUIDIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. RIÑON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. FIMOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. VARICES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. HISTERECTOMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. HEMORROIDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. TRAUMATOLOGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. OJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. OIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. CRANEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. OTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: .....

.....

.....

**VACUNACIONES:**

	SI	NO		SI	NO
ANTITETANICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PPD / MANTOUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTIDIFTERICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANTISARAMPIONOSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRIPLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MENINGOCOCICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HAEMOPHILUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SABIN ORAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Observaciones: .....

**MEDICAMENTOS QUE CONSUME:**

.....

.....

DECLARO QUE LA INFORMACION BRINDADA ES VERIDICA Y COMPLETA.

FIRMA DEL ALUMNO/A



**EXPLORACION FISICA (realizado por un médico clínico)**

Peso ..... Talla ..... ICM ..... T.A. (brazo derecho, en reposo) Max: ..... Min: .....

**EXAMEN CLINICO:**

---

**a) APARATO CARDIOVASCULAR:** F.C. ....

Ruidos	<input type="checkbox"/>	Normales	<input type="checkbox"/>	Anormales
Pulsos periféricos	<input type="checkbox"/>	Normales	<input type="checkbox"/>	Anormales
Soplos	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
Trastornos circulatorios		Várices	<input type="checkbox"/>	Si
		Sabañones	<input type="checkbox"/>	Si

---

**b) APARATO RESPIRATORIO:** F.R.  Normal  Anormal .....

Inspección	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal	.....
Percusión	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal	.....
Auscultación	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal	.....
Tórax	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal	.....

¿Fuma? ..... ¿Desde qué edad fuma?.....

---

**c) ABDOMEN:**

Inspección	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal
Palpación	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal
Hepatomegalias	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
Hemorroides	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
Hernias	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si

---

**d) APARATO OSTEOARTICULAR:**

Inspección	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal
Columna movilidad	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal
Amputaciones	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
¿Tuvo fracturas?	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si
Tiene pie plano	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si

---

**e) SISTEMA NERVIOSO:**

Reflejos (Rotuliano Tricipital)	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal
Marcha	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal
Disritmias	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si

---

**f) OFTALMOLOGIA:**

Agudeza Visual S/Correc.	OD	<input type="text"/>	OI	<input type="text"/>	AO	<input type="text"/>
Agudeza Visual C/Correc.	OD	<input type="text"/>	OI	<input type="text"/>	AO	<input type="text"/>
Visión colores	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal		
Usa lentes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si		

---

**a) FONOAUDIOLOGIA:**

Audición	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal
Voz	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal

**h) O.R.L.**

	<b>NO</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>	<b>SI</b>
Epistaxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anginas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**i) APARATO URINARIO**

Puño Percusión	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo	<input type="checkbox"/>
Puntos Renoureterales	Negativo	<input type="checkbox"/>	Positivo	<input type="checkbox"/>
Cistitis	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>

**j) PIEL Y FANERAS**

Turgor .....	Dermatitis .....
Elasticidad .....	Humedad .....
Color .....	Nevus .....
Otros .....	

**k) GANGLIOS**

Submaxilares .....

Inguinales .....

Axilares .....

Observaciones .....

DEBE SER EXAMINADO POR ESPECIALISTA:	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI
POR PATOLOGIA ACTUAL	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI
POR PATOLOGIA PREVIA	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI

**PATOLOGIA QUE ORIGINA LA DERIVACION:**

.....

.....

.....

**DIAGNOSTICO DEL ESPECIALISTA:** .....

**CONCLUSIONES:** .....

**Fecha de Informe, Firma y Sello del Profesional:** .....

**EXAMEN ODONTOLÓGICO: (Indique que elementos en particular, cuando corresponda)**

Nº Piezas Dent.  ÍNDICE C.P.O.: Cariados  Ausentes  Obtur.  Total

CARIADOS	OBTURADOS	AUSENCIA TOTAL
Max. Sup. <input type="text"/> / <input type="text"/>	Max. Sup. <input type="text"/> / <input type="text"/>	Max. Sup. <input type="text"/> / <input type="text"/>
Max. Inf. <input type="text"/> / <input type="text"/>	Max. Inf. <input type="text"/> / <input type="text"/>	Max. Inf. <input type="text"/> / <input type="text"/>

INDICE FLUOROSIS: Normal  Leve  Moderado  Grave  Res. 1º 10 años: .....

PARA DENCIOPATIAS INF. GINGIVAL NO  SI  BOLSA GINGIVAL NO  SI

HIGIENE BUCAL SARRO NO  SUGINGIVAL  SUPRAGINGIVAL

ANOMALÍAS DENTOFACIALES NO  SI

EXTRACC. INDICADA	PROTESIS INDICADAS COMPLETAS	PROTESIS INDICADAS PARCIALES
Max. Sup. <input type="text"/> / <input type="text"/>	Max. Sup. <input type="text"/> / <input type="text"/>	Max. Sup. <input type="text"/> / <input type="text"/>
Max. Inf. <input type="text"/> / <input type="text"/>	Max. Inf. <input type="text"/> / <input type="text"/>	Max. Inf. <input type="text"/> / <input type="text"/>

FECHA Y FIRMA DEL ODONTOLOGO: .....

**LABORATORIO**

DETERMINACION	RESULTADO	Ref.	DETERMINACION	RESULTADO	Ref.	Observaciones
Eritrocitos		mm3	Glucosa		0,70 - 1,10gr 0/00	HIV no es obligatorio
Leucocitos		mm3	Urea		0,15 - 0,40gr 0/00	
Hemoglobina		gr. %	Colesterol Total		mg. %	
Hematocrito		%	Acido Urico		H:25-60 M:15-50	
Plaquetas		mm3	Trigliceridos		0,10 - 1,60gr 0/00	
Neutr. en Cayado		%	V.D.R.L.			
Neutrof. Seg.		%	Huddleson			
Eosinófilos		%	HAI - Chagas			
Basofilos		%	H.I.V.			
Linfocitos		%	Grupo Sanguíneo		Nomen. Internac.	
Monocitos		%	Factor RH		Anti - D	

Eritrosedim. : 1 h. I.K. mm    2 h. I.K mm

EXAMEN DE ORINA

SEDIMENTO URINARIO:

*UNIVERSIDAD NACIONAL DE RIO CUARTO*

Color	Proteinas	
Aspecto	Glucosa	
Sedim.	Acetona	
pH	Urobilinog.	
Densidad	Nitrito	
Hemoglob.	Bilirrubina	

**RADIOLOGIA - RX de Tórax (F):**

.....