



EXAMEN FÍSICO DE INGRESO

Todos los estudiantes de la Universidad Católica de Salta, están obligados a tener un examen físico previo a la admisión. Toda información se mantiene confidencialmente en los archivos. La presentación de esta hoja, con los datos requeridos, es uno de los procesos de registro en la Universidad y debe ser presentada tan pronto sea posible.

NOTA: El examen físico debe ser realizado por la autoridad médica competente.

INFORME FÍSICO PERSONAL (a cargo del alumno)

NOMBRE DEL ALUMNO: D.N.I. O L.E. O L.C.:.....
 DOMICILIO: FECHA DE NACIMIENTO:.....
 ESTADO CIVIL: ZONA DE RESIDENCIA:.....

HISTORIA PERSONAL:

Ha tenido o tiene ahora

Asma bronquial: Rinitis alérgica:
 Fiebre reumática: Diabetes:
 Enfermedades Cardíacas: Convulsiones:
 Tuberculosis: Vértigos o mareos:
 Dolor de cabeza severo: Problemas emocionales:
 Otra enfermedad seria:
Por cada Si, explique y de las fechas

¿Ha padecido Ud. Alguna de las situaciones que se indican a continuación?:

Apendicectomía: Traumatismos cráneo:
 Amigdalectomía: Traumatismos columna:
 Operado de Hernia: Fracturas:
 Transfusiones: Otro accidente importante:
 Otra operación seria:
Por cada Si, explique y de las fechas

¿Tiene Ud. Algún problema en los órganos citados a continuación?

Ojos, oídos, nariz y garganta:
 Cabeza, cuello:
 Tórax, pulmones, corazón:
 Abdomen, estómago, intestinos:
 Sistema genito-urinario:
 Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos:
 Músculos, huesos:
 Piel:
Si su contestación es afirmativa, explique.

Tiene Ud. Reacción a:

Suero: Drogas: Otros:
Si su contestación es afirmativa, dé el nombre y tipo de reacción.

VACUNAS: Indique fecha: Viruela Tétano Difteria Polio

¿Está afiliado a seguro de enfermedades o mutualidades?

Si es SI: Compañía o Mutual Nº de afiliado

PARA EL ESTUDIANTE:

Por favor, CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS. Consulte con sus padres para que sus respuestas puedan ser completas y seguras. La información que Ud. proporcione será guardada confidencialmente. Esto no afectará su permanencia en la Universidad.



INFORME DEL EXAMEN MÉDICO

(Usar una hoja adicional para los detalles cuando es espacio asignado sea insuficiente)

NOMBRE DEL ALUMNO: FECHA:

HISTORIA CLÍNICA SUPLEMENTARIA (Especialmente considerando síntomas cardíacos y gastrointestinales).

-
 1) Apariencia sanitaria general: excelente, buena, aceptable o pobre:
 2) Estatura: Peso: kilos
 3) Ojo visión y otras condiciones:
 4) Oídos, audición y otras condiciones:
 5) Conductos nasales y seno:
 6) Amígdalas y faringe:
 7) Lengua – color, tejido superficial:
 8) Dientes y encías:
 9) Ganglios linfáticos cervicales: Tiroides:
 10) Pulmones:
 11) Corazón: Tamaño Tono:
 Murmullo
 12) Arterias: Esclerosis?
 13) Cálculos de reservas cardíacas:
 14) Alguna anormalidad torácica:
 15) Abdomen: Hígado:
 Bazo: Riñones:
 Zonas hipersensibles:
 Otros descubrimientos:
 16) Hernia: Hemorroides:
 17) Genitales:
 18) Postura: Columna vertebral:
 19) Extremidades – ganglios linfáticos: Edema:
 Venas varicosas: Pie plano:
 Otras condiciones:
 20) Erupciones de la piel o lesiones locales:
 21) Sistema nervioso – reflejo:
 22) Evidencias de fatiga, depresión, etc.:
 23) Análisis químicos: orina
 Sangre – hemoglobina:
 Otros exámenes sí requeridos:
 Radiografía de tórax: Mantoux:
 24) Resumen de sus condiciones actuales:

 25) RECOMENDACIONES:

FIRMA DEL MÉDICO:

DOMICILIO:

PARA EL MÉDICO:

Por favor, revise la historia personal del estudiante y anótela en el punto 25) RECOMENDACIONES. Estos antecedentes son necesarios para cada caso en que el estudiante necesite cuidado de emergencia, tanto como una información para rutinas médicas y medidas de salud pública. Apreciaremos su minuciosidad en completar esta hoja. Las vacunaciones contra viruela y tétano son altamente recomendadas. La certeza de que el estudiante no adolece de tuberculosis s requerida.