

# SERVICIO MÉDICO I.U.S.P.M. FICHA MÉDICA

## DECLARACIÓN JURADA

### DATOS PERSONALES

Apellido Y Nombre: .....

DNI N°: .....

Fecha De Nacimiento: .....

Edad: .....

Grupo Sanguíneo: .....

Nacionalidad: .....

Domicilio: .....

Contacto De Urgencia: .....

*Todos los campos solicitados en esta declaración jurada deben estar completos al momento de la admisión de lo contrario no se aceptará la misma. **FRIMAR TODAS***

***LAS HOJAS***

### HISTORIA CLÍNICA

#### **Estado Nutricional**

Peso..... Talla..... IMC .....

Intolerancia y alergias alimentarias: NO..... SI.....

Detallar.....

#### **Alergias**

NO..... SI..... Especifique cual .....

.....

#### **Tratamientos con fármacos**

NO..... SI..... ESPECIFICAR (Nombre Comercial –

Droga – Dosis – Horario) .....

.....

**Psicofármacos**

NO..... SI..... ESPECIFICAR (Nombre Comercial – Droga – Dosis – Horario) .....

**Estado respiratorio**

Normal..... Patológico (especificar).....  
.....

Antecedentes de enfermedades respiratorias crónicas: NO..... SI.....  
especificar: Asma..... Rinitis alérgica .....  
EPOC .....Otros .....

**Estado cardiovascular**

Normal ..... Patológico (especificar) .....

Tonos cardíacos ..... F.C. .... T/A .....

Venas y arterias Normal ..... Patológico .....

Varices: NO..... SI..... ESPECIFICAR .....

**Sistema nervioso**

Observaciones .....  
.....

**Sistema digestivo**

Normal ..... Patológico (especificar) .....

Hernia NO..... SI ..... Especificar .....

Hemorroides NO..... SI ..... Celíaco NO..... SI .....

Observaciones .....

**Oftalmología**

Normal ..... Patológico (especificar) .....

Agudeza visual OD..... OI .....

Uso de anteojos NO.....SI ..... Permanente ..... Semipermanente.....

**Odontología**

Normal ..... Patológico (especificar) .....

Caries Dentales NO..... SI ..... Especificar .....

**Resultado Radiografía De Tórax**

.....  
.....

**Hábitos**

Fuma NO..... SI ..... Cantidad Por Dia .....

Consume Drogas NO..... SI ..... Especificar .....

Alcohol NO..... SI ..... Ocasional .....

**Historia ginecológica**

Fecha De Última Menstruación .....

Embarazo .....

Hijos NO..... SI ..... Cantidad .....

Parto Normal NO..... SI ..... Cantidad .....

Cesárea NO..... SI ..... Cantidad .....

Abortos NO..... SI ..... Cantidad .....

Ginecopatías NO..... SI ..... Especificar .....

Métodos Anticonceptivos Especificar: Orales ..... Inyectables .....

Implante Subdérmico ..... Parches ..... Otros .....

.....

**EXAMEN MÉDICO**

**Antecedentes Quirúrgicos**

Cirugías NO..... SI ..... Especificar .....

**Antecedentes Traumatológicos**

Lesión Traumática NO..... SI ..... Especificar (Esguince-Luxación-Fractura)

.....

Cicatrices Y/O Tatuajes NO..... SI ..... Especificar Lugar .....

.....

**Antecedentes Deportivos**

Realiza Deportes NO..... SI ..... Especificar Tipo Y Frecuencia .....

.....

**Internaciones en los últimos dos años**

Motivo .....

Tiempo Aproximado Internación .....

**Calendario De Vacunación Completo**

NO..... SI ..... Vacuna Faltante .....

*Anexar fotocopia del calendario de vacunación completo no se aceptarán originales al momento de la admisión.*

**Antecedentes Familiares**

Enfermedades	Padre	Madre	Hermanos	Hijos
Artritis o Reumatismo				
Asma				
Cáncer				
Diabetes				
Afecciones cardiacas				
Hipertensión Arterial				
Úlcera de estómago duodeno				
Enfermedad renal				
Tuberculosis				
Enfermedad Mental				
Enfermedad de Tiroides				
Muerte Súbita				
Celiaquía				
Fallecimiento y causa				

**Antecedentes Generales**

Abandono De Empleo Por Razones De Salud NO..... SI ..... Motivo .....

.....

Recibió o tiene pendiente indemnización por accidente laboral o enfermedad NO.....

SI ..... Motivo .....

**Los datos que se consignan es este formulario y los documentos cargados al sitio web del I.U.S.P.M. (sede policía o SPP) revisten carácter de declaración jurada y pertenecen a mi persona.**

Lugar Y Fecha .....

.....

Firma y aclaración del aspirante

Firma aclaración del médico