



SERVICIO MÉDICO UFSPM
sede Andrés Guacurarí y Artigas.

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. **FIRMAR TODAS LAS HOJAS.***

HISTORIA CLÍNICA

Alergias

NO..... SI..... Especifique cuál

.....

Tratamientos con fármacos

NO..... SI..... Especificar (Nombre Comercial –

Droga – Dosis – Horario)

.....

Psicofármacos

NO..... SI..... Especificar (Nombre Comercial –

Droga – Dosis – Horario)

Oftalmológico:

Utiliza Anteojos NO.....SI.....

Lentes De Contacto NO..... SI.....

Estado respiratorio

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

Antecedentes de enfermedades respiratorias crónicas NO..... SI.....

Asma..... Rinitis alérgica

EPOCBroncoespasmo.....Otros.....

Estado cardiovascular

Normal Patológico (especificar)

Soplos F.C. T/A

Venas y arterias Normal Patológico

Várices NO..... SI..... Especificar

Sistema nervioso

Antecedentes (especificar) Convulsiones.....Desmayos frecuentes.....

Cefalea Frecuente.....

Observaciones

Sistema digestivo

Normal Patológico (especificar)

Hernia NO..... SI Especificar

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

Observaciones

Intolerancia Alimentaria.....

DIETA

Presenta Diarrea - Vómitos

Frecuentemente.....

Hábitos

Fuma NO..... SI Cantidad por día

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 Orales Inyectables Implante

Subdérmico Parches Otros

.....

HOMBRE:

Varicocele.....

Dolor testicular.....

Antecedente traumatismo testicular.....

EXAMEN MÉDICO

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías NO..... SI Especificar

Antecedentes Traumatológicos

Lesión traumática NO..... SI

Antecedentes esguince NO.....SI.....

Antecedentes fracturas NO.... SI.....

Antecedentes luxaciones NO...SI.....

Otras lesiones traumatológicas

.....

Cicatrices NO..... SI Especificar lugar

Tatuajes NO..... SI Localización.....

.....

Antecedentes Deportivos

Realiza deportes NO..... SI

Qué deporte realiza

Frecuencia semanal

.....

Traumatismos deportivos.....

Internaciones en los últimos dos años

Motivo

Tiempo aproximado de internación

Accidentes de Tránsito NO..... SI.....

Lesiones sufridas.....

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 cardíacas				
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 en este formulario revisten carácter de declaración jurada y pertenecen a mi persona.

Lugar y Fecha

.....

.....

Firma y aclaración del aspirante

Firma aclaración del médico