

Datos Particulares

Apellido y Nombre: _____ D.N.I.: _____

Carrera: _____ N° Legajo: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ Mail: _____

En caso de ser necesario avisar a: (indicar vínculo o parentesco)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

¿Está afiliada/o a alguna Obra Social o Prepaga? SI_____ NO_____

¿Cuál? _____ N° de Afiliado/a: _____ N° Tel.: _____

Datos Básicos

Grupo Sanguíneo: _____

| Tiene o ha tenido alguna vez: | SI | NO | | SI | NO |
|-------------------------------|----|----|------------------------|----|----|
| Reacciones Alérgicas | | | Covid-19 | | |
| Enfermedad Infecto Contagiosa | | | Apendicetomía | | |
| Asma bronquial | | | Fracturas | | |
| Tuberculosis | | | Traumatismos cráneo | | |
| Enfermedades Cardíacas | | | Traumatismos columna | | |
| Hipertensión Arterial | | | Dolor de cabeza severo | | |
| Diabetes | | | Mareos o Desmayos | | |
| Úlcera gastrointestinal | | | Convulsiones | | |
| Hernias | | | Pérdida de Memoria | | |
| Fiebre reumática | | | Ansiedad Excesiva | | |
| Enfermedades Hematológicas | | | Celiaquía | | |
| Transfusiones | | | | | |

En caso afirmativo, describa y especifique fecha y evolución:

Tipo de Alimentación: (marque la que corresponda)

Sin restricciones_____ Vegetariana_____ Vegana_____ Apta Celíaca_____

¿Toma medicación que toma de forma regular? SI _____ NO _____

En caso afirmativo complete:

Nombre/Dosis: _____

Observaciones: _____

Discapacidad que requiera atención o tratamiento:

Visual _____ Auditiva _____ Motriz _____ Otra _____

En caso afirmativo, explique:

Situación en la que requiera atención psicológica o asistencia particular (pe.: ataques de pánico, TGD, convulsiones, etc.). Indique cuáles: _____

Observaciones:

Detalle los antecedentes médicos que considere de importancia: _____

Si los tuviera, puede adjuntar a la presente estudios médicos complementarios y/o certificados.

Uno de los objetivos de la **Secretaría de Asuntos Estudiantiles** es cuidar la salud de los estudiantes. Es por ello que desde el **Área de Salud** estamos convencidos/as de que gozar de buena salud es fundamental para un óptimo rendimiento académico y entendiendo que son muchas las enfermedades que en sus inicios son invisibles para quienes las padecen y sólo comienzan a evidenciarse en etapa avanzada. Por ello es tan importante no esperar los síntomas y realizarse un chequeo médico preventivo que permita descubrir anticipadamente cualquier problema de salud. El principal objetivo de un chequeo médico es detectar factores de riesgo que con el transcurso del tiempo pueden provocar enfermedades de diferente naturaleza.

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces y tienen carácter de declaración jurada.

Me comprometo a notificar por escrito a la Facultad Regional Chubut de la UTN, en el término de 24 hs., cualquier cambio en las condiciones de salud y entregar en 10 días hábiles una nueva ficha de salud.

Firma:

Aclaración:

Fecha: