



UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO CUARTO
Dirección de Salud

EXÁMEN DE APTITUD MÉDICA

FACULTAD:

TIPO DE ACTIVIDAD A REALIZAR:

DOCENTE RESPONSABLE:

APELLIDOS:..... NOMBRES:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: N° D.N.I.:

PAIS DE ORIGEN: TELEFONO: (.....)

MAIL:

Antecedentes familiares

¿Ha padecido alguno de sus familiares las enfermedades referidas? (En caso afirmativo, indique parentesco)

Presión arterial alta	Si	No	Enfermedades infecciosas	Si	No
Afección cardíaca	Si	No	Enfermedades respiratorias	Si	No
Diabetes	Si	No	Perturbaciones mentales	Si	No
Cáncer	Si	No	Enfermedad ginecológica (Mujeres)	Si	No
Epilepsia	Si	No	Afección de las vías urinarias	Si	No
Parálisis	Si	No	Artritis o reumatismo	Si	No
Trastornos renales	Si	No	Trastornos nerviosos o mentales	Si	No
			Enfermedades tiroideas	Si	No
Otras no referidas	Si	No	Tipo:		

Antecedentes personales

¿Padece en la actualidad o ha padecido alguna de las siguientes afecciones?:

Dolores de garganta, nariz u oídos	Si	No	Dolores torácicos	Si	No
Bronquitis recurrente o crónica	Si	No	Angina o infarto de miocardio	Si	No
Neumonía o neumotórax	Si	No	Alteraciones digestivas frecuentes	Si	No
Afecciones pleurales	Si	No	Úlcera de estómago o duodeno	Si	No
Tuberculosis	Si	No	Hemorragias digestivas	Si	No
Asma	Si	No	Ictericia	Si	No
Fiebre reumática	Si	No	Hepatitis	Si	No
Presión arterial elevada	Si	No	Cálculos biliares	Si	No
Enfermedades cardiovasculares	Si	No	Hernias	Si	No
Varices	Si	No	Hemorroides	Si	No

¿Le han negado alguna vez un empleo o seguro de vida por causa médica? Si No Causa.....

¿Está sometido actualmente a algún tratamiento médico? Si No Causa:

Medicación que consume habitualmente:

¿Presenta alergias a medicamentos? Si No Tipo:

¿Ha estado hospitalizado alguna vez? Si No Causa:

¿Ha aumentado o disminuido de peso en el último año? Si No Causa:

¿Ha consultado algún médico en el último año? Si No Causa:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO CUARTO
Dirección de Salud

¿Ha solicitado alguna pensión o indemnización por invalidez? Si No Causa:

¿Ha vivido en algún país tropical? Si No Tiempo: Lugar:

¿Puede viajar en todo tipo de transporte? Si No

¿Fuma regularmente? Si No (En caso afirmativo especificar tipo, cantidad y tiempo).....

Consumo de bebidas alcohólicas

¿Ha tomado o lo hace en la actualidad algún tipo de drogas? Si No Tipo:

¿Le han aconsejado someterse a tratamiento médico, quirúrgico o dental en un futuro próximo? Si No

 Causa

Indique cualquier hecho importante relacionado con su salud.....

.....

Mujeres

¿Toma anticonceptivos o es portadora de algún dispositivo intrauterino o vaginal? Si No Tipo:

¿Ha realizado revisión ginecológica en el último año? Si No Fecha:

FECHA: FIRMA DEL ALUMNO:

Debe presentar este examen juntamente con copia de su cartilla de vacunación

EXAMEN CLINICO:

Peso: Talla: ICM: T.A:

- a) APARATO CARDIOVASCULAR: (F.C.).....
- b) APARATO RESPIRATORIO:
- c) ABDOMEN:
- d) APARATO OSTEO ARTICULAR:
- e) SISTEMA NERVIOSO:
- f) OFTALMOLOGIA:
- g) FONOAUDIOLOGIA:
- h) O.R.L.:
- i) APARATO URINARIO:
- j) PIEL Y FANERAS:
- k) GANGLIOS:

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

Fecha de Informe y firma del médico: