

Psicofísico Ingresantes UNCUIYO

Ficha Médica

El Psicofísico se realiza para conocer el estado actual de salud de estudiantes ingresantes y brindarles recomendaciones de acuerdo con la información relevada.

Con esta Ficha se presentará el Carnet de vacunación y un Formulario Autoadministrado con datos personales de salud.

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido: _____

DNI: | | | | | | | | | |

Domicilio actual: _____

Teléfono celular: _____

Otro teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Acepto que esta Ficha Médica tiene carácter de Declaración Jurada. Por eso, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas, todas mis respuestas son verdaderas.

Entiendo que la información es confidencial y tanto su recepción como archivo serán responsabilidad de la Dirección de Salud Estudiantil.

Autorizo a que los datos de esta Ficha Médica se usen para fines estadísticos, educativos o de investigación, siempre que se traten de acuerdo con los protocolos de confidencialidad y seguridad vigentes (Ley 26.343/2007)

Firma estudiante

Observaciones/En caso afirmativo especifique la patología o condición

- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Enfermedades cardíacas_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Presión arterial elevada_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Diabetes_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Patología tiroidea_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Asma bronquial_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Alergias_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Otitis/sinusitis a repetición_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Problemas visuales_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Problemas de piel_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Enfermedad celíaca _____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Enfermedades digestivas_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Problemas traumatológicos u ortopédicos (fracturas, luxaciones, escoliosis, etc.)_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Epilepsia_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Enfermedades de transmisión sexual_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Cefaleas/migrañas_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Cirugías_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Internaciones_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Transfusiones_____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Medicación habitual (indicar si usa anticonceptivos hormonales)_____

- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Otra patología no mencionada anteriormente_____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES (abuelos/as-padres/madres-hermanos/as biológicos)

- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Hipertensión arterial
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Infarto de miocardio
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Accidente cerebrovascular (ACV)
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Diabetes mellitus
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Obesidad
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Patología tiroidea
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Enfermedades autoinmunes
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Celiaquía
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Cáncer (en caso afirmativo) ¿Cuál/es? _____
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Depresión/otros trastornos mentales
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Tabaquismo
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Tuberculosis

INMUNIZACIONES

- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Doble viral/tripe viral
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Doble bacteriana (con última dosis hace menos de 10 años)
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc DPTA
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Hepatitis B
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc HPV

VACUNAS ESPECIALES (grupos de riesgo u otros)

- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Gripe
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc Neumo 13
- ☐ Sí ☐ No ☐ Ns/Nc COVID 19 (indicar número de dosis): _____
- ☐ Sí ☐ No ☐ No Constatado Carnet de vacunación completo

EXAMEN FÍSICO

Tensión arterial: _____ / _____ (MMHG)

Peso (kg): _____

Talla (cm): _____

IMC (kg/m^2): _____

Observaciones

☐ Normal ☐ Alterado Piel y faneras _____

☐ Normal ☐ Alterado Examen cardiovascular _____

☐ Normal ☐ Alterado Abdomen _____

☐ Normal ☐ Alterado Sistema músculo esquelético _____

☐ Normal ☐ Alterado Columna (Maniobra de Adams) _____

☐ Normal ☐ Alterado Examen urogenital _____

☐ Normal ☐ Alterado Examen neurológico _____

Firma Profesional: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

EXAMEN VISUAL

¿Usas anteojos y/o lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No

SIN CORRECCIÓN

CON CORRECCIÓN O AGUJERO

Ojo derecho ____ / 10

Ojo derecho ____ / 10

Ojo izquierdo _ / 10

Ojo izquierdo _ / 10

Según examen realizado en el día de la fecha *Marque con una cruz y complete*

☐ No tengo sugerencias

☐ Se sugiere derivación (indicar especialidad) _____

Otras consideraciones: _____

Firma Profesional: _____

Fecha: . / ____ / ____

PARA SER LLENADO POR ODONTÓLOGO/A

EXAMEN ODONTOLÓGICO

DENTARIO (llenar odontograma)

18	17	16	15	14	13	12	11
							
Der							
							
48	47	46	45	44	43	42	41

55	54	53	52	51
				
Der				
				
85	84	83	82	81

21	22	23	24	25	26	27	28
							
Lingual							
							
31	32	33	34	35	36	37	38

61	62	63	64	65
				
Lingual				
				
71	72	73	74	75

INDICES (completa)

C	E	Ei	O	TP	CPOD

c	ei	o	tt	ceo

EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS**INTRAORAL. PRESENTA ALGUNA LESIÓN EN:**

Ubicación y características clínicas

- | | | |
|---|-----------------------------|-------|
| ☐ Sí ☐ No | Labios | _____ |
| ☐ Sí ☐ No | Carrillos/Mucosa yugal | _____ |
| ☐ Sí ☐ No | Paladar duro y blando | _____ |
| ☐ Sí ☐ No | Piso de boca | _____ |
| ☐ Sí ☐ No | Orofaringe (amígdalas/etc.) | _____ |

EXTRAORAL

Ubicación y características clínicas

- | | | |
|---|---|-------|
| ☐ Sí ☐ No | ¿Presenta ganglios palpables y dolorosos en la cabeza y cuello? | _____ |
| ☐ Sí ☐ No | ¿Presenta sintomatología en glándulas salivales? | _____ |

ATM

Ubicación y características clínicas

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------|
| ☐ Sí ☐ No | ¿Presenta ruidos y/o saltos en ATM? | _____ |
|---|-------------------------------------|-------|

Según examen realizado en el día de la fecha *Marque con una cruz y complete*

- | | |
|---|-------|
| ☐ No tengo sugerencias | |
| ☐ Se sugiere derivación (indicar especialidad) | _____ |

Otras consideraciones: _____

Firma Profesional: _____

Fecha: ____ / ____ / ____