

Fecha: ____|____|____
 N° de matrícula: _____
 N° de identificación: _____

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____
 Nombres: _____
 Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____ Barrio: _____
 Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____
 Teléfono: _____
 N° de documento y tipo: _____
 Fecha de nacimiento: ____|____|____
 Nacionalidad: _____
 Sexo: _____
 Estado civil: S. ____ C. ____ D. ____ V. ____ Sep. ____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Hay antecedentes familiares de:

» Diabetes	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Cardiopatías	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Hipertensión Arterial	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Tumores	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Enfermedades Infección Contagiosas	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Enfermedades Neurológicas	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Enfermedades Mentales	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Enfermedades Reumáticas	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Otras ____ Especificar _____	

ANTECEDENTES PERSONALES

» Enfermedades Comunes de la Infancia	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Intervenciones Quirúrgicas	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Enfermedades Infecciosas	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Asma Bronquial	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Úlcera Gastroduodenal Gastritis	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Epilepsia	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Accidentes Traumáticos	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Tratamientos Psicológicos	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Alergias	No ____ Si ____ Cuáles _____
» Ingiere Alcohol	No ____ Si ____
» Fuma	No ____ Si ____
» Toma o tomó drogas: _____	
» Hace Deportes: _____	
» Peso Actual: _____	
» Grupo Sanguíneo: _____ RH: _____	
» Tensión Arterial: _____	
» Observaciones: _____	

EN CASO DE URGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre: _____
 Teléfono: _____ Parentesco: _____

El Alumno se encuentra (Colocar Apto o No Apto) _____ para cursar la Carrera de: _____	
_____ Firma del Médico	_____ Sello y N° de Matrícula