

Fecha: ____|____|____

Nº de legajo de UFLO: _____

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____

Nombres: _____

Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dpto: _____ Barrio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Nº 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 Infecto 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 ____ Cuáles _____

Fuma No ____ Si ____ Cuáles _____



Toma o tomó drogas No ____ Si ____ Cuáles _____
Toma Medicación No ____ Si ____ Cuáles _____
Hace Deportes No ____ Si ____ Cuáles _____

Peso Actual: _____

Grupo Sanguíneo: _____ RH: _____

Tensión Arterial: _____

Observaciones: _____

EN CASO DE URGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre: _____

Teléfono: _____ Parentesco: _____

El/la Alumno/a se encuentra (Colocar Apto o No Apto) _____ para cursar la
Carrera de: _____

Firma del Médico

Sello y N° de Matrícula

