

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 Infecciosas 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

