

FICHA MÉDICA UNICA

INFORME DE SALUD

El presente documento tiene como objetivo dar a conocer en carácter de declaración jurada, información actualizada de su Estado de Salud. El mismo deberá ser presentado anualmente al inicio del Año Académico.

A) DATOS GENERALES

Fecha: _____

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Nacionalidad: _____

Carrera: _____ Turno: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfonos: _____

E-mail: _____

Obra Social: SI/NO Cual? _____ Grupo Sanguíneo: _____

En caso de Urgencias/Emergencia contactar a: _____ Tel: _____

B) ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD:

Enfermedades Crónicas: Cuáles? _____

Recibe atención Médica: SI/NO

Toma medicación alguna: SI/NO

¿Cuáles? _____

¿Padece alguna de estas patologías?

Alergias		Oftalmológicas	
Cardiovasculares (arritmia, hipertensión arterial, etc)		Neurológicas (convulsiones, pérdida de conocimiento, etc)	
Diabetes		Auditivas	

Especificar:

C) Calendario de Vacunación Completo. SI NO

D) Vacuna Antitetánica con Fecha

E) Si posee algún tipo de discapacidad y considera importante declararla, adjunte informe médico.

F) ¿Usted considera necesario brindar otra información para que la Universidad Provincial de Córdoba tenga en cuenta y /o que es necesario dar a conocer tanto para situaciones de urgencias/emergencias?

G) Los datos que se consignan en la presente tienen carácter de información verdadera. Ante cualquier cambio me comprometo a informar a la Institución en forma inmediata.

Firma del Estudiante:
Aclaración:
DNI N°:

Firma y sello del profesional:
DNI N°: