

Anexo VII

Ficha medica

DNI.:

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:

Apellido y nombres: Año de ingreso:

Edad: Sexo: Fecha de nacimiento: Año de Cursado:

Teléfono:

ANTECEDENTES:

Cobertura de salud: SI NO Cual:

ADJUNTAR INFORME PCR:

DECLARACIÓN JURADA POR COVID-19

Nº	CUESTIONARIO	SI	NO
1	¿TUVO COVID-19? FECHA DE ALTA:		
2	¿Ha desarrollado en los últimos 14 días episodios febriles con temperatura mayor a los 37, 5ª, tenido cefalea, diarrea, perdida de olfato o del gusto, tos o dificultad respiratoria?		
3	En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas de COVID – 19?		
4	En los últimos 14 días, ¿ha permanecido o visitado alguno de los hospitales COVID – 19 en el ámbito de la República Argentina?		
5	¿Ha regresado de viaje de exterior en los últimos 14 días?		
6	¿Ha estado expuesto a grupos humanos numerosos desconocidos sin respetar la distancia social establecida?		

1. **Vacunas.** Presentar fotocopia del carnet de vacunación de ambos lados.

1.1 **GRUPO SANGUINEO:** **FACTOR:**.....

2. Antecedentes patológicos personales.

Detalle

Fechas aproximadas

2.1 Enfermedades
.....

2.2 Cirugías
.....

2.3 Traumatismos
.....

2.4 Alergias

.....
.....
.....

2.5 Enfermedades heredofamiliares

.....
.....
.....
.....
.....

3. Medicamentos prescritos

Detalle

Dosis

Detalle	Dosis
.....
.....
.....
.....
.....

4. ¿Desarrolla actividad física? SI NO ¿cuál y cuántas horas semanales?

.....
Durante dicha actividad sufrió de:

EXAMEN FÍSICO:

5. Examen Auditivo. Usa audífonos SI NO Otras patologías auditivas

6. Peso:..... Talla:..... B.M.I.

7. Examen Oftalmológico. Agudeza visual: Ojo Der..... Ojo Izq.

Usa anteojos: SI NO Desde cuándo:..... Patología existente:

8. Examen de piel y TCS.

.....

9. Examen de cabeza y cuello.

.....

10. Examen cardiovascular. Presentar electrocardiograma informado.

11. Examen respiratorio.

12- Examen abdominal.

13- Examen genito urinario con desarrollo sexual.

14. Examen Osteomioarticular. NOR/CIF/LOR/ESCOLIOSIS

Columna vertebral:

Miembro superior:

Miembro inferior:

Enfermedades:

15. Examen Neurológico.

Se indican exámenes complementarios

Impresión diagnóstica clínica

Normal:

Derivado a:

Debe volver:

Observaciones:

Lugar y fecha: de de 20.....

Profesional (Firma y Sello)

FICHA ODONTOLÓGICA CATASTRAL

DNI.:

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:

Apellido y nombres: Año de ingreso:

Edad: Sexo: Fecha de nacimiento: Año: Turno:

Domicilio: Calle: N°: Teléfono:

HISTORIA CLINICA GENERAL:

Cobertura de salud: SI NO

Cual:

Si padece enfermedades crónicas especifique cuál y tratamiento:

Alergia medicamentosa:

HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA:

Si recibió tratamiento odontológico previo mencione cuándo y en qué consistió:

Ortodoncia: SI NO Desde cuándo: Fija Móvil

Tiene dificultades para: Masticar Abrir la boca

Al morder siente alto algún diente:

Ha presentado o presenta lesiones como: Manchas: Úlceras: Ampollas: Otros:

Ubicadas dónde: Lengua: Paladar: Piso de la boca: Carrillo:

Higiene bucal: Bueno Deficiente: Malo:

Tratamiento realizado en Rojo	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7	= Extraído - Para Extraer X Inexistente / Obturado
Tratamiento a realizar en Azul		

Tratamiento a Realizar:

Lugar y Fecha:

.....
Profesional (Firma y Sello)

