

EXAMEN DE SALUD PARA INGRESANTES UNCUYO (CICLO 2024-2025)

Este cuestionario se realiza para conocer el actual estado de salud de estudiantes ingresantes y brindarles asesoramiento en función de la información relevada.

Esta sección deberá ser llenada por profesionales de odontología y medicina clínica del ámbito público o privado.

Se deberá adjuntar una fotocopia o escaneo del carnet de vacunación. Se recomienda al estudiante ingresante presentar en la consulta con las/os profesionales de salud aquellos estudios médicos que se realizaran con anterioridad.

Debe asistir a la consulta médica con el formulario autoadministrado completo.

IMPORTANTE: este cuestionario tiene carácter de Declaración Jurada. La información es confidencial y su recepción y archivo serán responsabilidad de la Dirección de Salud Estudiantil. Los datos podrán ser utilizados con fines de investigación y serán tratados de acuerdo a los protocolos de confidencialidad y seguridad vigentes (Ley 26.343/2007)

DATOS PERSONALES

CUIL:

Apellido(s) y nombre(s) (como figura en el DNI): _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Lugar de nacimiento (País/Provincia/Departamento): _____

Domicilio actual: _____

Teléfono celular: _____

Otro teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Carrera: _____

Facultad/Instituto: _____

Año de ingreso a la carrera: _____

Nombre y Apellido Ingresante: _____

A PARTIR DE AQUÍ, LOS DATOS DEBEN SER COMPLETADOS POR LA/EL MÉDICA/O.

Observaciones/Especifique en caso afirmativo

- Sí No Ns/Nc Enfermedades cardiacas _____
- Sí No Ns/Nc Presión arterial elevada _____
- Sí No Ns/Nc Diabetes _____
- Sí No Ns/Nc Patología tiroidea _____
- Sí No Ns/Nc Asma bronquial _____
- Sí No Ns/Nc Alergias (aclarar si existe alergia a algún medicamento) _____
- Sí No Ns/Nc Otitis/sinusitis a repetición _____
- Sí No Ns/Nc Problemas visuales _____
- Sí No Ns/Nc Problemas de piel _____
- Sí No Ns/Nc Enfermedad celiaca _____
- Sí No Ns/Nc Enfermedades digestivas _____
- Sí No Ns/Nc Problemas traumatológicos u ortopédicos (fracturas, luxaciones, escoliosis, etc.) _____
- Sí No Ns/Nc Epilepsia _____
- Sí No Ns/Nc Enfermedades de transmisión sexual _____
- Sí No Ns/Nc Cefaleas/migrañas _____
- Sí No Ns/Nc Cirugías _____
- Sí No Ns/Nc Internaciones _____
- Sí No Ns/Nc Transfusiones _____
- Sí No Ns/Nc Medicación habitual (indicar si usa anticoncepción hormonal) _____
- Sí No Ns/Nc Otra patología no mencionada anteriormente _____

Nombre y Apellido Ingresante: _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES (PADRES/MADRES-HERMANOS/AS-ABUELOS/AS)

- Sí No Ns/Nc Hipertensión arterial
- Sí No Ns/Nc Infarto de miocardio
- Sí No Ns/Nc Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años
- Sí No Ns/Nc Accidente cerebrovascular (ACV)
- Sí No Ns/Nc Diabetes mellitus
- Sí No Ns/Nc Obesidad
- Sí No Ns/Nc Dislipidemia
- Sí No Ns/Nc Patología tiroidea
- Sí No Ns/Nc Enfermedades autoinmunes
- Sí No Ns/Nc Celiaquía
- Sí No Ns/Nc Cáncer (en caso afirmativo) ¿Cuál/es? _____
- Sí No Ns/Nc Depresión/ otros trastornos mentales
- Sí No Ns/Nc Tabaquismo
- Sí No Ns/Nc Tuberculosis

INMUNIZACIONES

- Sí No Ns/Nc Doble viral/triple viral
- Sí No Ns/Nc Doble bacteriana (con última dosis hace menos de 10 años)
- Sí No Ns/Nc DPTA
- Sí No Ns/Nc Hepatitis B
- Sí No Ns/Nc HPV

VACUNAS ESPECIALES (GRUPOS DE RIESGO U OTROS)

- Sí No Ns/Nc Gripe
- Sí No Ns/Nc Neumo 13
- Sí No Ns/Nc Transfusiones
- Sí No Ns/Nc Covid 19 (indicar número de dosis): _____

CARNET COMPLETO DE VACUNACIÓN Sí No No Constatado

Nombre y Apellido Ingresante: _____

EXAMEN FÍSICO

Tensión arterial: _____ / _____ (MMHG)

Peso (kg): _____

Talla (cm): _____

IMC (kg/m²): _____

Observaciones

Normal Alterado Piel y faneras _____

Normal Alterado Examen cardiovascular _____

Normal Alterado Aparato respiratorio _____

Normal Alterado Abdomen _____

Normal Alterado Sistema muscoesquelético _____

Normal Alterado Columna (Maniobra de Adams) _____

Normal Alterado Examen urogenital _____

Normal Alterado Examen neurológico _____

Firma: _____

Fecha: _____

EXAMEN VISUAL

¿Usás anteojos y/o lentes de contacto? Sí No

SIN CORRECCIÓN

Ojo derecho: _____/10

Ojo izquierdo: _____/10

CON CORRECCIÓN O AGUJERO

Ojo derecho: _____/10

Ojo izquierdo: _____/10

Según examen realizado en el día de la fecha *Marque con una cruz y complete*

No tengo sugerencias

Se sugiere derivación (indicar especialidad) _____

Otras consideraciones: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre y Apellido Ingresante: _____

A PARTIR DE AQUÍ, LOS DATOS DEBEN SER COMPLETADOS POR LA/EL ODONTÓLOGA/O

EXAMEN ODONTOLÓGICO

DENTARIO (LLENAR ODONTOGRAMA)

18	17	16	15	14	13	12	11
Der							
48	47	46	45	44	43	42	41

21	22	23	24	25	26	27	28
Lingual							
31	32	33	34	35	36	37	38

55	54	53	52	51
Der				
85	84	83	82	81

61	62	63	64	65
Lingual				
71	72	73	74	75

OBSERVACIONES

C	E	Ei	Q	TP	CPOD

c	ei	o	tp	ceo

Nombre y Apellido Ingresante: _____

EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS REALIZADO POR ODONTÓLOGA/O

INTRAORAL: PRESENTA ALGUNA LESIÓN EN

Ubicación y características clínicas

- Sí No Labios _____
- Sí No Carrillos/Mucosa yugal _____
- Sí No Paladar duro y blando/Piso _____
- Sí No de boca _____
- Sí No Orofaringe (amígdalas/etc.) _____

EXTRAORAL

Ubicación y características clínicas

- Sí No ¿Presenta ganglios palpables y dolorosos en cabeza y cuello? _____
- Sí No ¿Presenta sintomatología en glándulas salivales? _____

ATM

Observaciones

- Sí No ¿Presenta ruidos y/o saltos en atm? _____

Según examen realizado en el día de la fecha *Marque con una cruz y complete*

- No tengo sugerencias
- Se sugiere derivación (indicar especialidad) _____

Otras consideraciones: _____

Firma: _____

Fecha: _____