

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LAS ARTES

## FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO

APELLIDO Y NOMBRE:
DNI:

### ANTECEDENTES PERSONALES

#### Grupo sanguíneo y factor

#### ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

Tildar cada ítem	si	no	Tildar cada ítem	si	no
SARAMPIÓN			RUBEOLA		
VARICELA			PAPERAS		
HEPATITIS			FIEBRE REUMÁTICA		
OTRAS ESPECIFICAR					

#### ENFERMEDADES METABÓLICAS

DIABETES	SI	NO	COLESTEROL	SI	NO
OBESIDAD			ENFERMEDAD DE LA SANGRE		
OTRAS ESPECIFICAR					

#### ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

HIPERTENSIÓN	SI	NO	SOPLOS	SI	NO
MAREOS/DESMAYOS			ARRITMIAS		
			DOLOR DE PECHO		
OTRAS ESPECIFICAR					

### ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

SINUSITIS A REPETICIÓN	SI	NO	NEUMONÍA	SI	NO
OTITIS A REPETICIÓN			DERRAME PLEURAL		
BRONQUITIS A REPETICIÓN			NEUMOTÓRAX		
ASMA			ALERGIAS		
OTRAS ESPECIFICAR					

### ENFERMEDADES HUESOS/MÚSCULOS/ARTICULACIONES

DESGARROS MUSCULARES	SI	NO	ESGUINCES	SI	NO
ROTURA LIGAMENTOS			FRACTURAS (tipo, localización y si hubo rehabilitación)	SI	NO
CIRUGÍAS (tipo y localización)	SI	NO			
PROBLEMAS DE COLUMNA	SI	NO			
OTRAS ESPECIFICAR					

### ENFERMEDADES DIGESTIVAS

DIARREA CRÓNICA	SI	NO	ULCERA	SI	NO
GASTRITIS			ANEMIA		
OTRAS ESPECIFICAR					

### ENFERMEDADES SISTEMA NERVIOSO

MAREO EN REPOSO	SI	NO	TRAUMATISMO CRÁNEO	SI	NO
DESMAYO EN REPOSO			DOLOR DE CABEZA		
CONVULSIONES			PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS		
ANSIEDAD EXCESIVA			FOBIAS/PÁNICO		
OTRAS ESPECIFICAR					

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA.  
CUALQUIER OMISIÓN O FALSEDAD QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD

Fecha

Firma

**PARA COMPLETAR POR EL PROFESIONAL INTERVINIENTE**

El/la estudiante \_\_\_\_\_ con  
DNI N° \_\_\_\_\_ se encuentra apto/a físicamente para  
la realización de sus estudios universitarios y cumplimentar sus  
obligaciones académicas en la Universidad Nacional de las Artes.

Observaciones

Fecha

Firma y Sello Médico