

## Formulario de examen médico

Apellido/s y nombre/s	
DNI	

### Antecedentes personales

Grupo sanguíneo		Factor	
<b>Enfermedades de la Infancia</b>			
<i>Tildar cada ítem</i>	SI	NO	
Sarampión			Rubeola
Varicela			Paperas
Hepatitis			Fiebre reumática
Otras (especificar)			
<b>Enfermedades metabólicas</b>			
<i>Tildar cada ítem</i>	SI	NO	
Diabetes			Colesterol
Obesidad			Enfermedades de la sangre
Otras (especificar)			
<b>Enfermedades del corazón</b>			
<i>Tildar cada ítem</i>	SI	NO	
Hipertensión			Soplo
Mareo/desmayo			Arritmia
Dolor de pecho			
Otras (especificar)			
<b>Enfermedades respiratorias</b>			
<i>Tildar cada ítem</i>	SI	NO	
Sinusitis a repetición			Neumonía
Otitis a repetición			Derrame pleural
Bronquitis a repetición			Neumotórax
Asma			Alergias
Otras (especificar)			

Enfermedades de huesos/músculos/articulaciones					
<i>Tildar cada ítem</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>		<i>SI</i>	<i>NO</i>
Desgarros musculares			Esguince		
Rotura ligamentos			Problemas de columna		
Cirugías (tipo y localización)					
Fracturas (tipo, localización y si hubo rehabilitación)					
Otras (especificar)					
Enfermedades digestivas					
<i>Tildar cada ítem</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>		<i>SI</i>	<i>NO</i>
Diarrea cónica			Úlcera		
Gastritis			Anemia		
Otras (especificar)					
Enfermedades sistema nervioso					
<i>Tildar cada ítem</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>		<i>SI</i>	<i>NO</i>
Mareo en reposo			Traumatismo cráneo		
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.	
<i>Fecha</i>	<i>Firma y aclaración de estudiante</i>

Para completar por el/la profesional interviniente	
<p>_____ con DNI N° _____ se encuentra apto/a/x físicamente para la realización de sus estudios universitarios y cumplimentar sus obligaciones académicas en la Universidad Nacional de las Artes.</p>	
Observaciones	
Fecha	Firma y Sello del/de la Médico/a

Para ser completado por MÉDICO/A (preferentemente CARDIÓLOGO/A)					
HTA		ENF. CORONARIA		ARRITMIAS	
OTRAS					
Informe detallado de ECG					
Consideraciones o limitaciones					
Apto cardiológico	SI		NO		
Observaciones					
Fecha	Firma y Sello del/de la Médico/a				