

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