



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ITAPÚA (U.N.I.)

Creada por Ley 1009/96 de fecha 03 de Diciembre de 1996

Departamento de Cooperación Estudiantil

FICHA MÉDICA

I-DATOS PARTICULARES

Nombre y Apellido:.....C.I.Nº:.....Teléfono:.....

Fecha de nacimiento:.....Dirección:.....

En caso de necesidad informar al

Sr./a:.....Tel:.....

¿Está afiliado a algún Seguro Médico u Obra Social?NoSi Nombre..... N° de Carnet:.....

Sanatorio donde puede ser internado en caso de necesidad:.....Grupo Sanguíneo:.....

II- HISTORIA CLINICA (Marque con una X)

1-Antecedentes Familiares:

....CáncerTumoraçõesDiabetesObesidadEpilepsiaCardiopatías

2-Antecedentes Personales (Marque con una X)

a-Ha padecido alguna vez:

....SarampiónEpilepsiaPaperasVaricelaSinusitisNeumoníaHepatitis

b-Enfermedades que padece o a la que es propenso:

....AsmaAfecciones del oídoConvulsionesDesmayosBronquitisAfecciones de la nariz

....ConstipaciónColitisResfríoAfecciones de los ojosHipertensiónPresión BajaÁcido Úrico

....Dolor de pechoMareos/VértigosAcidezDiabetesHipoglucemiaColesterolNerviosismo

....Problemas para dormirHerniasGastritisAnemiaEnfermedades cardíacasLumbago

....Cefalea/MigrañaTosGlaucomaProblemas emocionalesArtritisEnfermedades de Tiroides

Otros:.....

c-Antecedentes traumatológicos:FracturasTraumatismosEsguince Especificar:.....

d-Intervenciones quirúrgicas:ApendicitisAmigdalitisHernias Otros:.....

e-Reacciones alérgicas

e1- Ha sufrido alguna reacción alérgica tipo:AsmaRinitisDermatitis

e2- Es alérgico a:ComidaMedicamentosPlantas Especificar:.....

3-Actualmente

a-¿Toma algún medicamento?.....¿Cuál?.....b-¿Sigue algún tratamiento médico?.....

¿Cuál?.....c-¿Fuma?.....Cantidad por mes:.....

d- Hábito de consumo de alcohol:No beboBebo socialmenteBebo en las comidas ...Bebo diariamente

4-Datos del Médico

Nombre del Médico Particular:..... Teléfono.....Hospital/Clinica:.....

Declaro bajo juramento haber leído y contestado a las preguntas arriba formuladas y que no he ocultado ningún dato que sería necesario que se conociese.

Fecha:...../...../.....

.....
Encargada de Servicios Médicos

.....
Estudiante