



///Plata, 18 NOV. 2015

VISTO estas actuaciones por las cuales la Dirección de Políticas de Salud Estudiantil eleva para su aprobación, el nuevo Modelo de Formulario de Salud que deberá ser completado por cada alumno de los Colegios de la Universidad y por su respectivo médico y teniendo en cuenta la conformidad expresada precedentemente por la Prosecretaría de Bienestar Universitario,

**EL PRESIDENTE DE LA UNIVERSIDAD
R E S U E L V E :**

ARTÍCULO 1°.- Aprobar el Modelo de Formulario obrante a fs.14 y vta., que pasa a formar parte integrante de la presente como Anexo I, el que deberá ser completado por cada alumno de los Colegios de la Universidad y por su respectivo médico.

ARTÍCULO 2°.- Comuníquese a los Colegios de la Universidad y pase a la Secretaría de Asuntos Jurídico-Legales para su publicación en el Boletín Oficial; cumplido, tomen razón Prosecretaría de Bienestar Universitario, Dirección de Políticas de Salud Estudiantil y Dirección General Operativa. Hecho, ARCHÍVESE.-

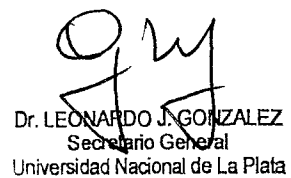
RESOLUCIÓN N°

1273

D.G.O.
BGM >



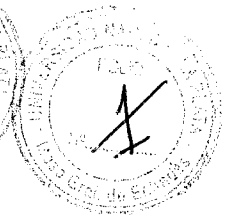
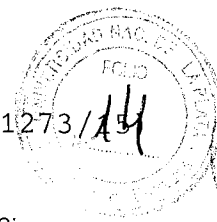
LIC. RAÚL ANIBAL PERDOMO
Presidente
Universidad Nacional de La Plata



Dr. LEONARDO J. GONZALEZ
Secretario General
Universidad Nacional de La Plata



Prof. LAURA V. AGRATTI
Prosecretaria de
Asuntos Académicos
Universidad Nacional de La Plata



Colegio

Año que cursa:

Apellido y Nombre :

DNI:

Sexo:

Fecha Nac.

Domicilio:

Código Postal :

Localidad :

Provincia :

La siguiente información es de suma importancia para el profesional que lo atiende. Durante el examen físico se evaluará el estado clínico actual.

Antecedentes Personales: Marque lo que corresponda.

En menores de 14 años, deberá ser completado obligatoriamente por los padre/s, madre/s, o tutor/es.

o responsable legal. En adolescentes de entre 14 y 18 años se recomienda que sea completado por padre/s, madre/s o tutor/es.

En caso que el adolescente concorra solo a la consulta podrá completar los datos solo, si conoce los antecedentes.

	Si	No		si	no
Problemas Cardiacos			Afecciones auditivas		
Presión arterial elevada			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentos		
Obesidad			Otro problemas en los huesos o articulaciones		
Asma Bronquial			Cirugías		
Pérdida de conciencia			Internaciones		
convulsiones			Enfermedad infecciosas en los últimos 2 meses		
Trastorno de sueños			Falta o no del funcionamiento de algún órgano		
Diabetes			par: riñón, ojos, testículo		
Alteraciones sanguíneas			Alergias		
En relación con el ejercicio			tos crónica		
alguna vez :			alergia a algún medicamento		
Desmayo			consume vitaminas		
Mareos			problema de piel		
Dolores fuertes en el pecho			Usa anteojos		
Mayor cansancio que sus			Enfermedad		
compañeros			Celiaca		
Palpitaciones					
Dificultad para respirar durante					
o después de la actividad física					
vacunación completa					
Antecedentes familiares					
Muerte súbita en familiar directo			Obesidad		
menor de 50 años			Diabetes		
problemas cardiacos			Colesterol elevado		
Presión arterial elevada			Tos crónica		

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Fecha

Firma de los padres, madres o tutores

Firma del alumno

(14 a 18 años)

.....
aclaración

.....
aclaración

Examen Físico

Anamnesis personalizado

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez :

Desmayos

Mareos:

Dolor fuerte en el pecho

Mayor cansancio que sus compañeros

Palpitaciones

Dificultad para respirar durante o después de la actividad física:

Consumo de vitaminas , minerales, bebidas energizantes, suplementos

Consumo de alcohol , cigarrillos, otras sustancias

Peso	Pc ()	talla :	Pc ()	IMC:	Pc
Examen Bucodental		caries: si / no	ortodoncia fija : si /no oclusión dental :		
Examen visual	OD :		OI:	pupilas visión cromática	
Examen cardiovascular	Inspección : Auscultación: FC: TA: PC () Pulsos Humerales: Pulsos femorales:				
Examen respiratorio:	Inspección :			Auscultación:	
Examen Abdominal	Inspección :			Palpitación :	
Examen músculo esquelético	actitud:	postura	Asimetría:		
Movilidad articular		cuello	tronco		
Apoyo Plantar		Extremidades superiores		Ext. Inferiores	
evaluacion madurativa	Tanner	Estado	Menarca	Ritmo Menstrual	
Observaciones: (detallar hallazgos)					
Indicaciones:					

Lugar y fecha

.....
Firma y sello del medico

aclaración
n° de matricula

Dejo constancia que

..... DNI de

edad ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades deportivas acordes a su edad ,sexo, estado madurativo y bajo supervisión de personal idóneo

Observaciones

...../...../.....
fecha

.....
firma y sello del medico

Me comprometo a notificar por escrito en el término de 24 hs a la escuela cualquier cambio de las condiciones del examen de salud y entregar en 5 días hábiles una nueva ficha médica.

