

A) DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre/s:		Edad:	
Nacionalidad:	En caso de ser extranjero, años de residencia en Argentina:		
Fecha de nacimiento:	Lugar:		
Estado civil:	DNI:	CUIL/CUIT:	
Domicilio: Calle:	Nº:	Piso:	Depto: CP:
Barrio:	Localidad:		
Partido:	Provincia:		
Tel:	Celular:		
Correo electrónico:	Nivel de estudios:		

Posee obra social: SI NO SPS: : SI NO

B) FAMILIOGRAMA



- Varón
- Mujer
- Paraja
- Separación
- Relación conflictiva
- Relación estrecha
- Hijos
- Muerte
- Aborto

C) ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA

D) ANTECEDENTES PERSONALES

E) SALUD MENTAL

En general, ¿te sentís satisfecho/a con vos mismo/a? SI NO

¿Te sentiste ansioso/a, preocupado/a o triste en este último tiempo? (3 meses) SI NO

En ocasiones, te has sentido bloqueado/a sin saber que hacer ni decir? SI NO

Te sentiste agotado/a, embotado/a, cansado/a en este último tiempo? (3 meses) SI NO

Tenés dificultades para concentrarte o te distraes con facilidad? SI NO

En ocasiones, ¿sentís taquicardia o palpitaciones? SI NO

Consideras la posibilidad de utilizar algún apoyo que pueda brindarte la universidad para acompañar tu trayecto académico?
Ejemplo: interprete en lengua de señas, clases preparadas con anticipación sillas u o escritorios adaptados, textos digitalizados, videos. Otros: _____



F) SALUD SEXUAL

Menarca:/...../.....

IRS SI NO

TRASTORNOS DEL CICLO SI NO

MAC SI NO

GESTAS P A C

Requiere información sexualidad /planificación SI NO

Se entrega MAC:

Alimentación adecuada SI NO

Horas de uso de computadora o afineshs

Tabaquismo SI NO

Uso de auriculares SI NO

Consumo de sustancias SI NO

Alcohol SI NO

Actividad física SI NO

Sedentarismo SI NO

Trastornos del sueño SI NO

G) EXÁMEN FÍSICO

Fecha:								
Peso:								
Talla:								
IMC								
T.A.								
F.C.								

Otros datos de examen físico:

Se encuentra medicado/a con:

Vacunas según edad:

Certificado de salud:

Por la presente dejo constancia de que el titular de esta ficha goza de un estado de salud que el permite desempeñarse como estudiante de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE AVELLANEDA y no pone en riesgo las condiciones sanitarias de su entorno.

Firma y sello del médico:

Aclaración:

Fecha:



Gracias por evaluar Wondershare PDF Editor.

Solo puede convertir 5 páginas con la versión de prueba.

Para conseguir todas las páginas convertidas debe comprar el programa en:

<http://cbs.wondershare.com/go.php?pid=1161&m=db>

