



## EXAMEN DE SALUD PARA INGRESANTES UNCUYO (CICLO 2022)

Este cuestionario se realiza para conocer el actual estado de salud de estudiantes ingresantes y brindarles asesoramiento en función de la información relevada.

Esta sección deberá ser llenada por profesionales de odontología y medicina clínica del ámbito público o privado.

Se deberá adjuntar una fotocopia o escaneo del carnet de vacunación. Se recomienda al estudiante ingresante presentar en la consulta con las/os profesionales de salud aquellos estudios médicos que se realizaran con anterioridad.

**IMPORTANTE:** este cuestionario tiene carácter de Declaración Jurada. La información es confidencial y su recepción y archivo serán responsabilidad de la Dirección de Salud Estudiantil. Los datos podrán ser utilizados con fines de investigación y serán tratados de acuerdo a los protocolos de confidencialidad y seguridad vigentes (Ley 26.343/2007)

### DATOS PERSONALES

---

CUIL:

Apellido(s) y nombre(s) (como figura en el DNI): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento (País/Provincia/Departamento): \_\_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Otro teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_

Facultad/Instituto: \_\_\_\_\_



A PARTIR DE AQUÍ, LOS DATOS DEBEN SER COMPLETADOS POR LA/EL MÉDICA/O.

### Observaciones

- Sí  No  Ns/Nc Enfermedades cardiacas \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Presión arterial elevada \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Diabetes \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Patología tiroidea \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Asma bronquial \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Alergias (aclarar si existe alergia a algún medicamento) \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Otitis/sinusitis a repetición \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Problemas visuales \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Problemas de piel \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Enfermedad celiaca \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Enfermedades digestivas \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Problemas traumatológicos u ortopédicos (fracturas, luxaciones, escoliosis, etc.) \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Epilpesia \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Enfermedades de transmisión sexual \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Cefaleas/migrañas \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Cirugías \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Internaciones \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Transfusiones \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Medicación habitual (indicar si usa anticoncepción hormonal) \_\_\_\_\_
- Sí  No  Ns/Nc Otra patología no mencionada anteriormente \_\_\_\_\_



## **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES (PADRES/MADRES-HERMANOS/AS-ABUELOS/AS)**

- Sí  No  Ns/Nc Hipertensión arterial
- Sí  No  Ns/Nc Infarto de miocardio
- Sí  No  Ns/Nc Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años
- Sí  No  Ns/Nc Accidente cerebrovascular (ACV)
- Sí  No  Ns/Nc Diabetes mellitus
- Sí  No  Ns/Nc Obesidad
- Sí  No  Ns/Nc Dislipidemia
- Sí  No  Ns/Nc Patología tiroidea
- Sí  No  Ns/Nc Enfermedades autoinmunes
- Sí  No  Ns/Nc Celiaquía
- Sí  No  Ns/Nc Cáncer
- Sí  No  Ns/Nc Depresión/ otros trastornos mentales
- Sí  No  Ns/Nc Tabaquismo
- Sí  No  Ns/Nc Tuberculosis

## **INMUNIZACIONES**

- Sí  No  Ns/Nc Doble viral/triple viral
- Sí  No  Ns/Nc Doble bacteriana (con última dosis hace menos de 10 años)
- Sí  No  Ns/Nc DPTA
- Sí  No  Ns/Nc Hepatitis B
- Sí  No  Ns/Nc HPV

## **VACUNAS ESPECIALES (GRUPOS DE RIESGO U OTROS)**

- Sí  No  Ns/Nc Gripe
- Sí  No  Ns/Nc Neumo 13
- Sí  No  Ns/Nc Transfusiones
- Sí  No  Ns/Nc Covid 19 (indicar número de dosis): \_\_\_\_\_

**CARNET COMPLETO DE VACUNACIÓN**       Sí     No     No Constatado



## EXAMEN FÍSICO

Tensión arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (MMHG)

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Talla (cm): \_\_\_\_\_

IMC (kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Observaciones

- Normal  Alterado Piel y faneras \_\_\_\_\_
- Normal  Alterado Examen cardiovascular \_\_\_\_\_
- Normal  Alterado Aparato respiratorio \_\_\_\_\_
- Normal  Alterado Abdomen \_\_\_\_\_
- Normal  Alterado Sistema muscoesquelético \_\_\_\_\_
- Normal  Alterado Columna (Maniobra de Adams) \_\_\_\_\_
- Normal  Alterado Examen urogenital \_\_\_\_\_
- Normal  Alterado Examen neurológico \_\_\_\_\_

## EXAMEN VISUAL

¿Usás anteojos y/o lentes de contacto?  Sí  No

SIN CORRECCIÓN

Ojo derecho: \_\_\_\_\_/10

Ojo izquierdo: \_\_\_\_\_/10

CON CORRECCIÓN O AGUJERO

Ojo derecho: \_\_\_\_\_/10

Ojo izquierdo: \_\_\_\_\_/10

Según examen realizado en el día de la fecha *Marque con una cruz y complete*

- No tengo sugerencias
- Se sugiere derivación (indicar especialidad) \_\_\_\_\_

Otras consideraciones: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



A PARTIR DE AQUÍ, LOS DATOS DEBEN SER COMPLETADOS POR LA/EL ODONTÓLOGA/O

## EXAMEN ODONTOLÓGICO

### DENTARIO (LLENAR ODONTOGRAMA)

18	17	16	15	14	13	12	11
Der							
48	47	46	45	44	43	42	41

55	54	53	52	51
Der				
85	84	83	82	81

21	22	23	24	25	26	27	28
Lingual							
31	32	33	34	35	36	37	38

61	62	63	64	65
Lingual				
71	72	73	74	75

### OBSERVACIONES

C	E	Ei	Q	TP	CPOD

c	ei	o	tp	ceo



## EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS REALIZADO POR ODONTÓLOGA/O

### INTRAORAL: PRESENTA ALGUNA LESIÓN EN

Ubicación y características clínicas

- Sí  No Labios \_\_\_\_\_
- Sí  No Carrillos/Mucosa yugal \_\_\_\_\_
- Sí  No Paladar duro y blando \_\_\_\_\_
- Sí  No Piso de boca \_\_\_\_\_
- Sí  No Orofaringe (amígdalas/etc) \_\_\_\_\_

### EXTRAORAL

Ubicación y características clínicas

- Sí  No ¿Presenta ganglios palpables y dolorosos en cabeza y cuello? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Presenta sintomatología en glándulas salivales? \_\_\_\_\_

### ATM

Observaciones

- Sí  No ¿Presenta ruidos y/o saltos en atm? \_\_\_\_\_

Según examen realizado en el día de la fecha *Marque con una cruz y complete*

- No tengo sugerencias
- Se sugiere derivación (indicar especialidad) \_\_\_\_\_

Otras consideraciones: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_