

## **FICHA MÉDICA UNICA**

### **INFORME DE SALUD**

El presente documento tiene como objetivo dar a conocer en carácter de declaración jurada, información actualizada de su Estado de Salud. El mismo deberá ser presentado anualmente al inicio del Año Académico.

#### A) DATOS GENERALES

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

Carrera/Oferta Académica: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

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

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

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

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Obra Social: SI/NO Cual? \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

En caso de Urgencias/Emergencia contactar a: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

#### B) ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD:

Enfermedades Crónicas: Cuáles? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recibe atención Médica: SI/NO

Toma medicación alguna: SI/NO

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Padece alguna de estas patologías?

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Alergias  |  | Oftalmológicas  |  |
| Cardiovasculares (arritmia, hipertensión arterial, etc) |  | Neurológicas (convulsiones, pérdida de conocimiento, etc) |  |
| Diabetes  |  | Auditivas   |  |

Especificar:

---

---

---

C) Calendario de Vacunación Completo. SI NO

D) Vacuna Antitetánica con Fecha

E) Si posee algún tipo de discapacidad y considera importante declararla, adjunte informe médico.

F) ¿Usted considera necesario brindar otra información para que la Universidad Provincial de Córdoba tenga en cuenta y /o que es necesario dar a conocer tanto para situaciones de urgencias/emergencias?

---

---

---

G) Los datos que se consignan en la presente tienen carácter de información verdadera. Ante cualquier cambio me comprometo a informar a la Institución en forma inmediata.

Firma del Estudiante:  
Aclaración:  
DNI N°:

Firma y sello del profesional:  
DNI N°: