

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO

INFORME FÍSICO PERSONAL (a cargo del estudiante)

Apellido/s y Nombre/s: _____

DNI /CI /LC /LE: _____ C.E. _____

Domicilio: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Zona de Residencia: _____

En caso de Urgencia contactar a: _____

TE: _____ TE. Alternativo: _____

HISTORIA PERSONAL:

Ha tenido o tiene ahora:

	SI	NO	FECHA	EXPLICACIONES
Asma bronquial				
Fiebre reumática				
Enfermedades cardíacas				
Tuberculosis				
Dolor de cabeza severo				
Rinitis alérgica				
Diabetes				
Convulsiones				
Vértigos o mareos				
Problemas emocionales				
Otra enfermedad seria				

¿Ha tenido Ud. algo de lo indicado a continuación?

	SI	NO	FECHA	EXPLICACIONES
Apendicectomía				
Amigdalectomía				
Operación de hernia				
Transfusiones				
Traumatismo de cráneo				
Traumatismo de columna				
Fracturas				
Otra operación seria				
Otro accidente importante				

¿Tiene Ud. algún problema en los órganos citados a continuación?

	SI	NO	FECHA	EXPLICACIONES
Ojos, oído, nariz o garganta				
Cabeza, cuello				
Tórax, pulmones, corazón				
Abdomen, estómago, intestinos				
Sistema genito-urinario				
Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos				
Músculos, huesos				
Piel				

¿Se encuentra tomando alguna medicación?

Si contesta afirmativamente, consigne el nombre del medicamento o droga

Especifique el tipo de tratamiento indicado para lo arriba mencionado

– de por vida / prolongado / corto .-

Tiene Ud. reacción a:

Suero	Drogas	Otros
-------	--------	-------

Si contesta afirmativamente, dé el nombre y tipo de reacción

¿Está afiliado a alguna obra social o medicina prepaga?

SI NO

Indique el nombre de la obra social o medicina prepaga y adjunte fotocopia del carnet.

Firma del Estudiante

Nota para el Estudiante:

Por favor, conteste todas las preguntas. La información que Ud. proporcione será guardada confidencialmente. Esto no afectará su permanencia en el Instituto Universitario de Gendarmería Nacional – Unidad Académica Escuela Superior “Grl Br D Manuel María Calderón”.