

EXAMEN DE SALUD PARA INGRESANTES UNCUYO (CICLO 2023-2024)

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.

Debe asistir a la consulta médica con el formulario autoadministrado completo.

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: 20 28049482 P

Apellido(s) y nombre(s) (como figura en el DNI): Casedo Mario Cesar

Fecha de nacimiento: 22/05/1980 Edad: 44 años

Lugar de nacimiento (País/Provincia/Departamento): Argentina / Mendoza / San Rafael

Domicilio actual: Tucumán 503

Teléfono celular: 2604004074

Otro teléfono de contacto: 2604697620

Correo electrónico: mario.casedo.0482@gmail.com

Carrera: Gestión y Administración de Empresas

Facultad/Instituto: ITU San Rafael.

Nombre y Apellido Ingresante: Casado Mayo

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

Observaciones/Especifique en caso afirmativo

- Sí No Ns/Nc Enfermedades cardíacas _____
- 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 Problema _____
- Sí No Ns/Nc Problemas de piel _____
- Sí No Ns/Nc Enfermedad celiaca _____
- Sí No Ns/Nc Enfermedades digestivas _____
- Sí No Ns/Nc Problemas traumatólogicos u ortopédicos (fracturas, luxaciones, escoliosis, etc.) _____
- Sí No Ns/Nc Epilepsia _____
- 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 (tabaquismo) _____

Nombre y Apellido Ingresante: Ovando Mino

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 (en caso afirmativo) ¿Cuál/es? Cólon.
 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): 3 (tres)

 CARNET COMPLETO DE VACUNACIÓN Sí No No Constatado

Nombre y Apellido Ingresante: Casado Mano

EXAMEN FÍSICO

Tensión arterial: 150 / 95. (MMHG)

Peso (kg): 81

Talla (cm): 1.63

IMC (kg/m^2): 30.7.

Solvió con el ambulatorio
de TA

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

Firma: 
Miriam Rodriguez
Médica de Familia
M.P. 12073
Bienestar Sur UNCuyo

Fecha: 4 10 24

EXAMEN VISUAL

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

SIN CORRECCIÓN

Ojo derecho: 10 /10

Ojo izquierdo: 10. /10

CON CORRECCIÓN O AGUJERO

Ojo derecho: _____ /10

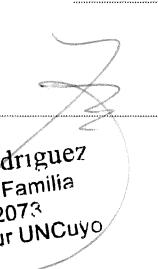
Ojo izquierdo: _____ /10

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

No tengo sugerencias

Se sugiere derivación (indicar especialidad) _____

Otras consideraciones: _____

Firma: 
Miriam Rodriguez
Médica de Familia
M.P. 12073
Bienestar Sur UNCuyo

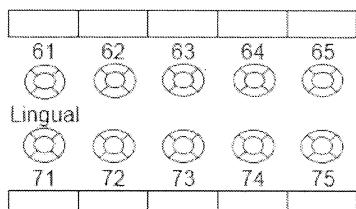
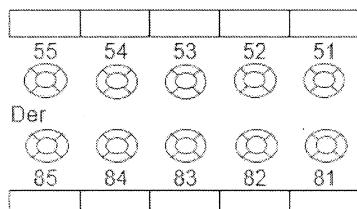
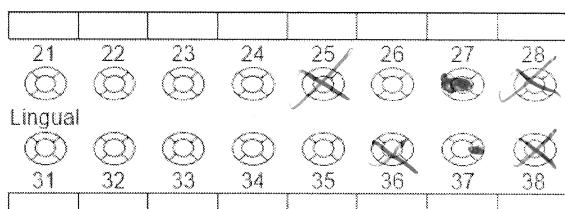
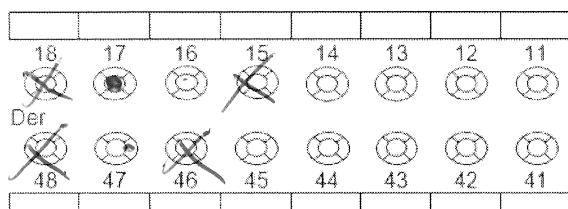
Fecha: 4 10 24

Nombre y Apellido Ingresante: _____

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

EXAMEN ODONTOLOGICO

DENTARIO (LEÑAR ODONTOGRAMA)



OBSERVACIONES

Pingo dientes Marginal Geng.

C	E	Ei	Q	TP	CPOD
3	5	3			

C	ei	O	tp	ceo

Nombre y Apellido Ingresante: _____

EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS REALIZADO POR ODONTOLOGA/O

INTRAORAL: PRESENTA ALGUNA LESIÓN EN

Ubicación y características clínicas

- Sí No Labios _____
 Sí No Carrillos/Mucosa yugal _____
 Sí No Paladar duro y blando Piso de _____
 Sí No boca _____
 Sí No Oorfaringe (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 dia de la fecha

Marque con una cruz y complete

- No tengo sugerencias
 Se sugiere derivación (indicar especialidad) _____

Otras consideraciones: _____

Firma:

 MORALEZ MARCUS A
 ODONTOLOGO
 MAT. 1927

Fecha: 21 10 2024



13 - Examen de salud para ingresantes UNCuyo

- Ante la presencia de una respuesta con los símbolos seleccione una y solo una opción.
- Ante la presencia de una respuesta con los símbolos podrá seleccionar más de una opción.

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

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)

Examen de salud para ingresantes UNCuyo

DATOS PERSONALES

Número de CUIL	20280494829
Apellido y nombre:	Casado Mario Cesar
Fecha de nacimiento:	22/05/1980
Edad:	44
Lugar de nacimiento (País/Provincia/Departamento)	Argentina / Mendoza / San Rafael
Domicilio	Tacuarí 503
Teléfono celular	154004074
Otro teléfono de contacto	154697620
Correo Electrónico	mariocasado9482@gmail.com
Carrera:	Técnico en Gestión y Administración de Empresas
Seleccioná la Unidad Académica a la que asistís	<input checked="" type="radio"/> Instituto Tecnológico Universitario
Obra social	<input checked="" type="radio"/> Si
¿Cuál?	TVsalud
Estado civil:	<input checked="" type="radio"/> Casado/a
¿Tenés hijos/as a cargo?	<input checked="" type="radio"/> Si
¿Con quién vivís en la actualidad?	<input checked="" type="radio"/> Esposo/a o Pareja
Grupo sanguíneo	<input checked="" type="radio"/> A+
Sexo	<input checked="" type="radio"/> Masculino

¿Cuál es tu identidad de género actual? Marcá todas las que puedan aplicarse a vos

Varón

¿Cuál es el nombre por el que te gusta que te llamen?

Mario

HÁBITOS FISIOLÓGICOS

ALIMENTACIÓN

señalá tu consumo diario de:

Agua (vasos)	6
Gaseosas o Jugos (vasos)	0
Café/Té negro (tazas)	2
Otras infusiones (tazas)	2
Mate	<input checked="" type="radio"/> Más de medio litro
¿Cuántas comidas consumís por día?	<input checked="" type="radio"/> 2
¿Considerás que tu alimentación es adecuada en cuanto a calidad, cantidad y variedad de alimentos?	<input checked="" type="radio"/> Si
¿Tenés algún tipo especial de alimentación? (vegetariana, celiaca, diabética, hipertensa, otra)	<input checked="" type="radio"/> No

Si la respuesta es sí, indicar cuál

SUEÑO

¿Tenés dificultad para dormir habitualmente?

No

¿Cuántas horas dormís por día?

Entre 6 y 8hs

ACTIVIDAD FÍSICA

¿Realizás algún tipo de actividad física recreativa?

Alguna vez sin ser constante

¿Practicás algún deporte federado?

No

Si la respuesta es sí, indicar cuál

SALUD SEXUAL

- ¿Has iniciado relaciones sexuales? Si
- ¿Has tenido relaciones sexuales sin protección? Si
- ¿Desearías recibir asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva? No
- ¿Desearías realizar algún testeo para infecciones de transmisión sexual? No
- ¿Te realizaste algún control ginecológico/clínico urológico en los últimos 5 años? Si

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

- ¿Usás casco si andás en bicicleta? No uso este medio
- ¿Usás casco si circulás en moto? No uso este medio
- ¿Usás cinturón de seguridad? Si

HÁBITOS NOCIVOS

TABACO

- ¿Fumaste alguna vez? Si
- ¿Fumás actualmente? Si
- ¿A qué edad comenzaste? 20
- ¿Podrías indicar la frecuencia? entre 6 y 19 por día

ALCOHOL

- ¿Tomás bebidas alcohólicas? Si
- ¿Con qué frecuencia? de 2 a 4 veces por mes
- ¿Has tenido problemas en tu vida diaria relacionado con el consumo del alcohol? No

¿Podrías indicar la frecuencia?

¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas ingerís en un día de consumo? 1 o 2

Si tu respuesta es 5 o más ¿Con qué frecuencia?

¿Alguien, profesional de la salud o no, ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te ha sugerido que dejes de beber? No

OTROS CONSUMOS

Durante el transcurso del último año, ¿consumiste algunas de estas sustancias que no hayan sido recetadas por un profesional de la salud? Marcá todas las que apliquen

¿Tenés algún hábito que afecte tu normal desempeño en tus actividades diarias, relaciones interpersonales y tiempo libre? (Ej: compras compulsivas, ejercicios físicos extenuantes, uso desmedido de videojuegos y redes sociales, desórdenes alimentarios, etc) No

¿Podrías indicar cuál?

¿Has tenido algún problema relacionado con estos u otros consumos? No

¿Podrías indicar la frecuencia?

¿Alguien, personal de la salud o no, ha mostrado preocupación por tu consumo de sustancias u otros consumos? Sí, pero no en el último año

AFECCIONES/PROBLEMAS DE SALUD/ENFERMEDADES

¿Tenés problemas visuales? Si

¿Has tenido una consulta con un profesional de la oftalmología? Si

¿Creés que tenés problemas de audición? No

¿Tenés zumbidos o escuchás ruidos o sonidos extraños? No

- ¿Te cuesta entender/discriminar las palabras cuando escuchás el lenguaje hablado? No
- ¿Es frecuente que te duelan o te supuren los oídos? No
- ¿Tenés sensación de oídos tapados? No
- ¿Te molestan los ruidos o sonidos fuertes? No
- ¿Podés escuchar una conversación cuando hay ruidos de fondo? Si
- ¿Tenés mareos habitualmente? No
- ¿Te suele sangrar la nariz? No
- ¿Se te obstruye/tapa la nariz con frecuencia? No
- ¿Tenés secreciones nasales habitualmente? No
- ¿Tenés dolor de garganta (anginas/faringitis/laringitis, etc.) a repetición? No
- ¿Has notado cambios en la voz? No
- ¿Tosés o te falta el aire cuando realizás ejercicio físico? Si
- ¿Presentás episodios de tos en algún periodo del año? Si
- ¿Te han diagnosticado problemas respiratorios? No
- ¿Te duele el pecho cuando realizás actividad física? No
- ¿Has presentado palpitaciones en reposo? (latidos intensos en el pecho, aumento de los latidos) No
- ¿Has tenido valores de presión arterial elevada en más de una ocasión? No
- ¿Te ha dicho alguna vez un/a profesional de la salud que tenés algún problema del corazón? (soplo, arritmia, etc.) No
- ¿Tenés dolores abdominales a repetición? No

- ¿Has tenido alguna vez una enfermedad de hígado o vesícula? (hepatitis, cálculos, etc.) Si
- ¿Te sentís hinchado después de comer o tenés digestión lenta? Si
- ¿Sufrís de estreñimiento (constipación)? No
- ¿Tenés episodios repetidos de diarrea? No
- ¿Te han diagnosticado alguna enfermedad digestiva (colon irritable, celiaquía, gastritis, hemorroides, otras)? No
- ¿Tenés diagnóstico de enfermedades articulares o autoinmunes ? (artritis reumatoidea , lupus, fiebre reumática, etc.) No
- ¿Tenés diagnóstico de enfermedades ortopédicas/traumatológicas? (escoliosis, pie plano, cifosis, etc.) Si
- ¿Tenés alguna lesión o enfermedad de la piel? (acné, psoriasis, vitílico, rosácea, dermatitis atópica, alergias, etc.) No
- ¿Tenés a menudo dolores fuertes de cabeza? (cefáleas, migrañas, etc.) Si
- ¿Has presentado pérdida de conocimiento o desmayos? No
- ¿Se te ha paralizado alguna vez parte de tu cuerpo? No
- ¿Quedaste alguna vez inconsciente a causa de un golpe? No
- ¿Te ha dicho alguna vez algún medico/a que padecés de una enfermedad de los riñones o la vejiga? No
- ¿Has tenido en alguna oportunidad una infección de transmisión sexual? No
- ¿Has tenido infecciones urinarias a repetición? No
- ¿Has tenido Covid-19? No
- ¿Te has vacunado contra el Covid-19? Si
- ¿Has tenido algún problema hormonal? (Hipotiroidismo, Hipertiroidismo) No

- ¿Tenés diabetes? (azúcar en la sangre u orina) No
- ¿Fuiste operado/a alguna vez? No
- ¿Tuviste alguna vez un accidente serio? No
- ¿Has recibido tratamiento por un tumor o cáncer? No
- ¿Tenés un grupo de amigos/as que se juntan a pasarla bien? Si
- ¿Tenés ganas de salir o estar con tus amigos/as? Si
- ¿Has sentido ultimamente ganas de estar solo/a y evitar juntarte con gente? No
- ¿Te has sentido solo/a? No
- ¿Sos de pedir ayuda cuando no te sentís bien? Si
- ¿Ultimamente te has sentido irritable con cosas que antes no te molestaban? No
- ¿Te has sentido triste, angustiado/a o con ganas de llorar sin saber porqué? No
- ¿Contás con alguien que te escucha en momentos difíciles? Si
- ¿Pensás que alguien podría ayudarte si te encontrás en una situación difícil? Si
- ¿Te imaginás que una situación difícil puede cambiar? Si
- ¿Te imaginás alguna manera para estar mejor? Si
- ¿Sentís o has sentido ganas de lastimarte? No
- ¿Alguna vez el hacerte daño ha calmado la angustia? No sabe/ No contesta
- ¿Pensás que hay otras maneras de calmar la angustia? No sabe/ No contesta
- ¿Considerarías solicitar ayuda profesional en salud mental si lo necesitaras? Si

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

¿Cuándo fue tu último control odontológico?

Hace más de un año

¿Algún/a odontólogo/a te ha explicado cómo debés higienizar correctamente tus dientes?

Si

¿Con qué frecuencia realizás el cepillado diario dental?

Una vez al día

MOMENTOS DE AZÚCAR

¿Tomás mate con azúcar?

Menos de 3 veces por semana

¿Tomás gaseosas o bebidas endulzadas con azúcar?

No tomo

¿Consumís golosinas?

No tomo

¿Consumís galletas dulces?

Menos de 3 veces por semana

¿Tus encías sangran al cepillarte?

No

¿Rechinás o apretás tus dientes, de día o de noche (bruxismo)?

No

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

Sí

Carnet Unificado de Vacunación (CUV). Niños, niñas y adolescentes.

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
HEPATITIS B	1º	4-10-24	25	VACUNATORIO CENTRAL ZONA SUR
	2º	4-11-24		
	3º			
NEUMOCOCO CONJUGADA 13 VALENTE	1º dosis			
	2º dosis			
	Refuerzo			
<i>DOBLE DT</i> <i>Difteria-Tétano</i>	1º dosis	4-10-24	24	VACUNATORIO CENTRAL ZONA SUR
	2º dosis	4-11-24		
	3º dosis			
	1º Refuerzo			
IPV (antipoliomielítica inactivada)	1º dosis			
	2º dosis			
	3º dosis			
	Refuerzo			
MENINGOCOCO ACYW	1º dosis			
	2º dosis			
	Refuerzo			
	Única dosis			

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello
ANTIGRIPAL	1º dosis			
	2º dosis			
HEPATITIS A	Única dosis			
TRIPLE VIRAL	1º dosis	4/10/24		VACUNATORIO CENTRAL ZONA SUR
	2º dosis	4-11-24		
VARICELA	Única dosis			
TRIPLE BACTERIANA CELULAR (DTP)	2º Refuerzo			
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa)	Refuerzo			
	1º dosis			
	2º dosis			
	1º dosis			
	Refuerzo			
OTRAS				

Calendario Nacional de Vacunación

Este documento es importante, cuidalo.

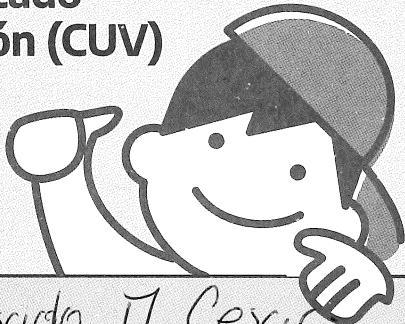
Vacunas	BCG	Hepatitis B	Numérico o conglomado 13-valente	IPV	Rotavirus	Meningocoque ACWY	Antípolis	Hepatitis A	Triple viral	Variela	Baciloma Celular	Tétano Acelular	Virus Papiloma Humano	Fiebre Amurilla
Estd														
Reién nacido	Incapacitado (A)	Dosis neonatal (B)												
2 meses			1° dosis	1° dosis	1° dosis (D)									
3 meses														
4 meses			2° dosis	2° dosis	2° dosis (E)									
5 meses									2° dosis					
6 meses				3° dosis	3° dosis									
12 meses														
15 meses														
15 a 18 meses														
18 meses														
24 meses														
5 años (incluso escolar)														
11 años														

- (A) Antes de egresar de la maternidad.
 (B) En las primeras 12 horas de vida.
 (C) Vacunación universal. Si no hubiere recibido el esquema completo deberá completarlo.
 En caso de tener que iniciar: aplicar 1° dosis, 2° dosis al mes de la primera y 3° dosis a los 6 meses de la primera.
 (D) La 1° dosis debe administrarse antes de las catorce semanas y seis días o tres meses y medio de vida.
 (E) La 2° dosis debe administrarse antes de las veinticinco semanas o seis meses de vida.
 (F) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de la vacuna separadas al menos por cuatro semanas.
 (G) Si no hubiere recibido dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral +1 dosis de doble viral, después del año de vida.
 (H) 2 dosis separadas por intervalo mínimo de 6 meses.
 (I) Residentes en zona de riesgo.
 (J) Residentes en zonas de riesgo se aplica un único refuerzo a los 10 años de la primera dosis.

Carnet Unificado de Vacunación (CUV)

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Las vacunas son
gratuitas y obligatorias.
Son un derecho
y una responsabilidad.



Nombre y Apellido Casado Iñ Cesar

Fecha de Nacimiento 22/05/80

DNI 28048484

Teléfono

Domicilio

Localidad SR

Provincia

argentina.gob.ar/salud
0800.222.1002

Dirección de Control
de Enfermedades
Inmunoprevenibles





DOMICILIO: TACUARI 503 PUEBLO DIAMANTE - SAN RAFAEL
SAN RAFAEL MENDOZA
LUGAR DE NACIMIENTO: MENDOZA

CUIL: 20-28049482-9

Lic.D. Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

PULGAR

ID ARG28049482<9<<<<<<<<<<
8005229M3304123ARG<<<<<<<<8
CASADO<<MARIO<CESAR<<<<<<<