ACTO MÉDICO

El presente Acto médico solicitado por la Universidad Nacional de Lomas de Zamora para sus ingresantes apunta a la obtención de información relevante sobre el estado de salud. Asimismo se deja constancia que los datos consignados y la documentación que se anexe queda bajo custodia del Área de Servicio Médico de esta Universidad para la obtención de estadísticas y la realización de campañas de salud preventiva.

☑ A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Firma y Sello del Médico:

médicos realizados a	acto médico y adjunte original o copia certificada de los estudios para la detección de
enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial, glucemia, dislipidemias y aquellas otras que considere pertinentes en relación a patologías o marcadores de enfermedades prevenibles en un plazo mediato cinmediato.	
Grupo Sanguíneo: Presión art	rerial:Peso:
Tiene Ud. reacción alérgica a: Suero Droga	s Alimento otros
Si su contestación es afirmativa dé el nombre y tipo de reacción	
¿Toma alguna medicación en forma regular?	Sí No
¿Cuál?	¿En qué dosis?
su evaluación profesional)	considere relevante a partir de los estudios médicos realizados y
(Aneve hoize en caso de ser necesario)	Información para el Área de Servicio Médico
☑ A COMPLETAR POR EL ASPIRANTE A LA FACU	JLTAD DE
Datos Particulares:	
Apellido y Nombre:	Fecha de nacimiento:
Le/Lc/DNI/CI: Dom	icilio:
En caso de ser necesario avisar a:	
Nombre:	
Nombre:	Tel:
¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Socia	ıl?
¿Cuál? N° de carn	etTel:
Firma y aclaración del aspirante:	
☑ A COMPLETAR POR EL MÉDICO	
En mi caracter de Médico certifico que el titular o permite su desempeño como alumno en la Unive	del presente Acto Médico, goza de un estado de Salud tal que le rsidad Nacional de Lomas de Zamora.