**EXÁMEN DE APTITUD MÉDICA**

FACULTAD: ………………………………………… …………………..…………………………………………………………..…………

TIPO DE ACTIVIDAD A REALIZAR: ……………………………………………………………….…………………………..……………

DOCENTE RESPONSABLE: ……………………………………………………………………………..……………………..……………

APELLIDOS:……………………………………….................. NOMBRES: ………………………………………..………..………….…

FECHA DE NACIMIENTO: …………………………… EDAD: …………………………. Nº D.N.I.: ……………………………….……

PAIS DE ORIGEN: ………………………………………………… TELEFONO: (……..) …………………………….

MAIL: ……………………………………….…………………………..…………..

**Antecedentes familiares**

¿Ha padecido alguno de sus familiares las enfermedades referidas? (En caso afirmativo, indique parentesco)

Presión arterial alta Si No Enfermedades infecciosas Si No

Afección cardiaca Si No Enfermedades respiratorias Si No

Diabetes Si No Perturbaciones mentales Si No

Cáncer Si No Enfermedad ginecológica (Mujeres) Si No

Epilepsia Si No Afección de las vías urinarias Si No

Parálisis Si No Artritis o reumatismo Si No

Trastornos renales Si No Trastornos nerviosos o mentales Si No

Enfermedades tiroideas Si No

Otras no referidas Si No Tipo: ………………………………………………………….……………………….

**Antecedentes personales**

¿Padece en la actualidad o ha padecido alguna de las siguientes afecciones?:

Dolores de garganta, nariz u oídos Si No

Bronquitis recurrente o crónica Si No

Neumonía o neumotórax Si No

Afecciones pleurales Si No

Tuberculosis Si No

Asma Si No

Fiebre reumática Si No

Presión arterial elevada Si No

Enfermedades cardiovasculares Si No

Varices Si No

Dolores toráxicos Si No

Angina o infarto de miocardio Si No

Alteraciones digestivas frecuentes Si No

Ulcera de estómago o duodeno Si No

Hemorragias digestivas Si No

Ictericia Si No

Hepatitis Si No

Cálculos biliares Si No

Hernias Si No

Hemorroides Si No

¿Le han negado alguna vez un empleo o seguro de vida por causa médica? Si No Causa...................................………….……

¿Está sometido actualmente a algún tratamiento médico? Si No Causa: …………………........................................……………..

Medicación que consume habitualmente: …………………………………………………………………………………………………….

¿Presenta alergias a medicamentos? Si No Tipo: ………………............................................………………..

¿Ha estado hospitalizado alguna vez? Si No Causa: ……………………..........................................……….…

¿Ha aumentado o disminuido de peso en el último año? Si No Causa: ……………………...................................………………

¿Ha consultado algún médico en el último año? Si No Causa: …………………………..........................………………..

¿Ha solicitado alguna pensión o indemnización por invalidez? Si No Causa: …………………........................………….

¿Ha vivido en algún país tropical? Si No Tiempo: ………. Lugar: …....................................

¿Puede viajar en todo tipo de transporte? Si No

¿Fuma regularmente? Si No (En caso afirmativo especificar tipo, cantidad y tiempo)..…………………………………….

Consumo de bebidas alcohólicas ……………………………...........................................................................................………..

¿Ha tomado o lo hace en la actualidad algún tipo de drogas? Si No Tipo: ………………….........................……………

¿Le han aconsejado someterse a tratamiento médico, quirúrgico o dental en un futuro próximo? Si No

Causa …………………………………………………………………………………………………………………………….…........

Indique cualquier hecho importante relacionado con su salud.........................................……………………………………..……….

............................................................................................................................………………………………………………….

*Mujeres*

¿Toma anticonceptivos o es portadora de algún dispositivo intrauterino o vaginal? Si No Tipo: ...........................................

¿Ha realizado revisión ginecológica en el último año? Si No Fecha: …………….......………….

FECHA: ………………………… FIRMA DEL ALUMNO: ………………………………………………………………………..

***Debe presentar este examen juntamente con copia de su cartilla de vacunación***

**EXAMEN CLINICO:**

Peso: ................................. Talla: ......................... ICM: ................................. T.A.: ……………………………

* 1. APARATO CARDIOVASCULAR: (F.C.)...........................................................................................................................................
  2. APARATO RESPIRATORIO: ..........................................................................................................................................................
  3. ABDOMEN: …………………………………………………………………………………………………………………………………..…
  4. APARATO OSTEO ARTICULAR: ……………………………………………………………………………………………………….……
  5. SISTEMA NERVIOSO: …………………………………………………………………………………………………………..……….……
  6. OFTALMOLOGIA: ………………………………………………………………………………………………………………………………
  7. FONOAUDIOLOGIA: …………………………………………………………………………………………………………………..………
  8. O.R.L.: …………………………………………………………………………………………………………………………………...……….
     1. APARATO URINARIO: ……………………………………………………………………………………………………………….….…….
     2. PIEL Y FANERAS: …………………………………………………………………………………………………………………….…….….
     3. GANGLIOS: ……………………………………………………………………………………………………………………………..……….

**OBSERVACIONES: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Fecha de Informe y firma del médico: ……................................................................................................................................**