

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: _____

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:

¿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?

C) 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°: