



**DEPARTAMENTO DE SALUD**

FICHA PERSONAL N°: .....

Fecha: .....

**DATOS BASE**

Apellido y Nombres: .....

D.N.I.: ..... Edad: ..... Sexo: F  M

Facultad / Carrera: .....

Presencial  Semipresencial  Libre

Lugar y Fecha de Nacimiento: .....

Estado Civil: Soltero/a  Casado/a  En Pareja   
Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a

Hijos: NO  SI  ¿Cuántos? : .....

**Domicilio de Origen (en el que reside el Núcleo Familiar)**

Dirección: ..... Teléfono: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

**Domicilio Universitario (en el que reside en el período de clases)**

Dirección: ..... Teléfono: .....

e-mail: .....

Durante el período de clases, vivo con: Padres  Otro Familiar  Compañero/a de Estudios   
Amigo/a  Otro  .....

¿Posee Obra Social o Mutual en la Provincia de La Pampa? SI  NO

¿Qué Obra Social o Mutual? .....



El presente cuestionario es de carácter confidencial

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

(Referente a: abuelos, hijos, hermanos; vivos o fallecidos que hayan padecido o padezcan estas enfermedades).

Enfermedad del corazón	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Tensión Arterial Alta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hemorragia Cerebral	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Anemia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Leucemia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Asma	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Epelipsia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diabetes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Obesidad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enfermedades Mentales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cáncer	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Reumatismo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Enf. De Trans. Sexual	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alergia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

Escriba a continuación si tiene familiares directos fallecidos (padre, madre, hijos, hermanos, abuelos) e indique la causa: .....

**ANTECEDENTES PERSONALES**

**Nacimiento:** Parto Normal: SI  NO

**Enfermedades que padeció o padece:** (marque con una cruz las respuestas afirmativas).

Paperas <input type="checkbox"/>	Alergia <input type="checkbox"/>	Chagas <input type="checkbox"/>
Varicela <input type="checkbox"/>	Asma Bronquial <input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/>
Rubeola <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>	Meningitis-Encefalitis <input type="checkbox"/>
Escarlatina <input type="checkbox"/>	Reumatismo <input type="checkbox"/>	Enf. De Trans. Sexual <input type="checkbox"/>
Sarampión <input type="checkbox"/>	Anemia <input type="checkbox"/>	Infecciones Urinarias <input type="checkbox"/>
Tuberculosis <input type="checkbox"/>		

¿Ha sido operado alguna vez? SI  No  ¿De qué? .....

**DISCAPACIDAD**

Discapacidad que padece: ..... Porcentaje: .....

Otras deficiencias, anomalías o limitaciones que le afectan (Ej. Problemas cardíacos, respiratorios, diabetes, etc.):.....

Especificar ayudas técnicas que necesita (Ej. Silla de ruedas, audífono, etc.):  
.....

¿Está en tratamiento? SI  No  ¿En qué consiste? .....



**HABITOS**

**Fuma diariamente** SI  NO  ¿A qué edad comenzó a fumar? .....  
Ocasionalmente  Hasta 5 por día  Entre 6 y 19 por día  20 y más por día

¿Toma bebidas alcohólicas? SI  NO   
En caso afirmativo: Ocasionalmente  Fines de semana  Habitualmente

**Descanso Nocturno**

¿Cuántas horas duerme habitualmente? Menos de 6  Entre 6 y 8  Más de 8

**Toma Medicamentos** SI  NO

¿Qué medicamento y para qué afección? .....

¿Practica Deportes? SI  NO  ¿Qué deporte? .....

En caso afirmativo: Ocasionalmente  Fines de semana  Habitualmente

**HABITOS ALIMENTARIOS**

Señala con una cruz (x) los alimentos y bebidas que consume diariamente:

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| Postres <input type="checkbox"/>      | Amasado de Pastelería <input type="checkbox"/>       | Carnes Blancas <input type="checkbox"/>    |
| Carnes rojas <input type="checkbox"/> | Infusiones (té, mate, café) <input type="checkbox"/> | Leche y Derivados <input type="checkbox"/> |
| Golosinas <input type="checkbox"/>    | Vegetales u Hortalizas <input type="checkbox"/>      | Frutas <input type="checkbox"/>            |
| Cereales <input type="checkbox"/>     | Bebidas Gaseosas <input type="checkbox"/>            | Legumbres <input type="checkbox"/>         |
| Otros <input type="checkbox"/>        |  |  |

¿Alergia a algún alimento? SI  NO  Decir cuáles .....

Intolerancia alimentaria SI  NO  Decir a qué .....

**Cuál fue la alimentación ingerida de hace 24 horas:**

Desayuno: .....  
Media Mañana: .....  
Almuerzo: .....  
Merienda: .....  
Cena: .....