



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DEPARTAMENTO DE SALUD

<b>ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES</b>		FACULTAD:	
APELLIDO y NOMBRES:			
FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../.....		LUGAR:	
ESTADO CIVIL:		OBRA SOCIAL:	
DOMICILIO REAL:			Tel.:
DOMICILIO en TANDIL:			Tel.:
PESO:	TALLA:	D.N.I.:	G. Sanguíneo:
		SI	NO
			CUALES
CONVULSIONES/CEFALEAS			
FIEBRE REUMATICA			
HIPERTENSION ARTERIAL			
DIABETES			
ALERGIAS			
FRACTURAS/LUXACIONES			
DIFICULTADES EN LA VISION			
ENF. VENEREAS (sífilis, gonorrea, etc.)			
ENF. DIGESTIVAS (úlceras, hepatitis, etc.)			
ENF. RENALES (cálculos, v. urinarias, etc.)			
ENF. REPIRATORIAS (asma, tuberculosis)			
ENF. CARDIOLÓGICAS			
CIRUGIAS			
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	VIVOS/SANOS	VIVO/ENFERMO (enfermedad)	FALLECIDO (causa)
PADRE			
MADRE			
HERMANOS			
COMENTARIOS:			
FECHA: ...../...../.....		FIRMA:	



UNIVERSIDAD NACIONAL  
DEL CENTRO DE LA  
PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## Departamento de Salud

Rp./

Rx de Tórax  
frente



UNIVERSIDAD NACIONAL  
DEL CENTRO DE LA  
PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## Departamento de Salud

Rp./

Hemograma

Eritorsedimentación

Urea

Glucemia

Reacción de Huddleson

Reacción Machado Guerreiro

V D R L

Orina Completa