ANEXO II

RELEVAMIENTO DE SALUD PARA EL ALUMNO

Realización de tareas a campo

Fecha: ……/ ……/ ……

Apellido/s y Nombre/s: ……

D.N.I./L.C./L.E./C.I./PAS.: ……..

Fecha de nacimiento: ……/ ……/ ……

Domicilio: ……..

Localidad: ……

Teléfono de contacto: …… / Teléfono de familiar allegado: ……

DECLARACIÓN JURADA DEL ESTUDIANTE

(De problemas o patologías que tuvo o tiene en la actualidad)

Coloque sí o no en cada pregunta y aclare según corresponda:

1. ¿Tiene certificado de discapacidad (CUD)?
2. ¿Le han negado un seguro de vida?
3. ¿Fuma? Cantidad de cigarrillos por día
4. ¿Utiliza Vaper?
5. ¿Toma bebidas alcohólicas? ¿Cuáles? Cantidad por día.
6. ¿Tiene alguna adicción?
7. ¿Consume estupefacientes (drogas, psicofármacos, cocaína, cannabis, alucinógenos, etc.)?
8. ¿Realiza alguna dieta? ¿Qué tipo de dieta?
9. ¿Tiene alguna restricción alimentaria por indicación médica?
10. ¿Practica deportes? ¿Cuál? ¿Profesional o amateur?
11. ¿Ha realizado el examen médico de ingreso en la UNRC?
12. ¿Consume o tiene indicado algún medicamento en la actualidad? ¿Desde cuándo? Nombre, presentación y dosis.
13. ¿Tiene alguna enfermedad crónica?
14. ¿Tiene dificultad para ver? ¿Usa lentes o anteojos? ¿Para ver de cerca o lejos?
15. ¿Padece alguna alergia en piel, naríz, bronquios o pulmones?
16. ¿Algún medicamento le produce alergia?

17. ¿Tuvo infección en los oídos o sinusitis? ¿Se resfría frecuentemente?
18. ¿Le cuesta escuchar, percibe disminución al oír? ¿Le realizaron audiometrías? ¿Utiliza audífonos?
19. ¿Sufre de alguna enfermedad en la piel, uñas o cabello?
20. ¿Ha tenido falta de aire, silbidos en el pecho, asma?
21. ¿Ha padecido alguna enfermedad pulmonar de varios días? ¿Tose frecuentemente, escupió sangre, tuvo tuberculosis o vivió con alguien con tuberculosis?
22. ¿Le cae mal alguna comida? ¿Cual? ¿Siente dolor en la boca del estómago, vomito de sangre, tiene mala digestión, se hincha al comer, le cuesta evacuar el intestino?
23. ¿Se han puesto amarillos los ojos, piel, tuvo hepatitis, cólico biliar o intestinal?
24. ¿Ha padecido o padece de hemorroides?
25. ¿Padeció brucelosis, chagas, toxoplasmosis, meningitis, anginas a repetición, dengue, covid? ¿Estuvo internado por alguna de estas causas?
26. ¿Ha sufrido mareos, desmayos, convulsiones o epilepsia?
27. ¿Padece diabetes, hipotiroidismo, hipertiroidismo, colesterol alto o triglicéridos altos?
28. ¿Tuvo un golpe fuerte en cabeza, espalda y/o cadera? ¿Atrofia muscular, paresia (pérdida parcial de motricidad de algún músculo), parálisis, deformación o mutilación de algún miembro?
29. ¿Se le hinchan las articulaciones? ¿Tiene disminución de la movilidad de hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla, tobillo, manos o pies?
30. ¿Tiene dolor o limitada la movilidad de la columna cervical, dorsal, lumbosacra, cuello y/o espalda? ¿Cuándo fue la última vez?
31. ¿Siente hormigueo o falta de sensibilidad en alguna parte del cuerpo? ¿Tuvo neuralgias y/o migrañas?
32. ¿Sufrió algún problema del corazón, dolor de pecho, palpitaciones? ¿Tuvo defecto cardiaco al nacer? ¿Fue intervenido quirúrgicamente del corazón o grandes vasos?
33. ¿Le realizaron ECG, Ecocardiograma, Doppler, Holter, Angioplastia, Prueba de esfuerzo o Tratamiento cardiológico?
34. ¿Le ha dicho algún médico que su presión es baja o alta? ¿Tiene indicado algún tratamiento?

35. ¿Tiene hernias? ¿Fue operado/a por hernias? ¿En qué zona del cuerpo?
36. 30) ¿Siente dificultad para orinar? ¿Tuvo algún problema relacionado con la próstata, vejiga, y/o riñones? ¿Tuvo en orina glucosa, arenilla, pus o sangre? ¿Sufrió de cólicos renales?
37. ¿Tuvo alguna enfermedad en la sangre o inconveniente para donarla?
38. ¿Cuándo se lastima se curan bien las heridas?
39. ¿Se le hinchan los tobillos y/o pies? ¿Tiene varices? ¿Tuvo flebitis?
40. ¿Le duele la cabeza diariamente, semanalmente o mensualmente? ¿Consultó con especialista? ¿Qué tratamiento tiene?
41. ¿Fue operado/a o tuvo alguna internación? ¡Por qué fue? Especifique.
42. 38) ¿Le han realizado anestesia? ¿Qué tipo, local o general?
43. ¿Padeció fracturas, luxaciones fisuras y/o esguinces? ¿En qué lugar del cuerpo?
44. ¿Tuvo algún problema o enfermedad no mencionada en esta Declaración Jurada?
45. ¿Tiene alguna enfermedad que deba operarse próximamente?
46. ¿Tiene conocimiento de estar embarazada actualmente? Fecha de la última menstruación.

Firma del estudiante