	Secretaría de Trabajo Manual de Seguridad y Salud Ocupacional	UNRC-SySO-PR-007
		Revisión: 03
	Realización de tareas a campo	Fecha: 10/12/14
		<i>Página 24 de 26</i>

ANEXO VI RELEVAMIENTO DE SALUD PARA EL ALUMNO


Fecha:
 Apellidos y Nombres:
 D.N.I, L.C., L.E., C.I.:
 Fecha de Nacimiento:
 Domicilio:
 Localidad:
 Teléfono de Contacto:

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) ¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?
- 2) ¿Le han negado un seguro de vida?
- 3) ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día?
- 4) ¿Toma bebidas alcohólicas? ¿Cuáles? ¿Cuánto por día?
- 5) ¿Tiene alguna adicción? ¿Consume estupefacientes, drogas, fármacos?
- 6) ¿Realiza alguna dieta? ¿Por qué?
- 7) ¿Practica deportes? ¿Cuál? ¿Profesional o amateurs?
- 8) ¿Tiene algún pasatiempo? ¿Cuál?
- 9) ¿Le han realizado examen de ingreso en la UNRC?
- 10) ¿Consume o tiene indicado algún medicamento en la actualidad?
¿Desde cuándo? Nombre, presentación y dosis
- 11) ¿Tiene dificultad para ver, usa lentes o anteojos? ¿Para ver de cerca o lejos?
- 12) ¿Padece alguna alergia de piel, senos para nasales, bronquios, pulmones?
- 13) ¿Tuvo infección en los oídos o sinusitis, se resfría frecuentemente?
- 14) ¿Le cuesta escuchar, percibe disminución al oír? ¿Le realizaron audiometrías?

	Secretaría de Trabajo	UNRC-SySO-PR-007
	Manual de Seguridad y Salud Ocupacional	Revisión: 03
	Realización de tareas a campo	Fecha: 10/12/14
		<i>Página 25 de 26</i>

15) ¿Sufre de alguna enfermedad en la Piel, Uñas o Pelos?

16) ¿Ha tenido falta de aire, silbidos en el pecho, asma?

17) ¿Ha padecido alguna enfermedad pulmonar de varios días? ¿Tose frecuentemente, escupió sangre, tuvo tuberculosis o vivió con alguien con tuberculosis?

18) ¿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?

19) ¿Se han puesto amarillos los ojos, piel, tuvo hepatitis, cólico biliar o intestinal?

20) ¿Ha padecido hemorroides? Tratamiento.

21) ¿Padeció brucelosis, chagas, toxoplasmosis, fiebre reumática, paludismo, difteria, meningitis, anginas a repetición?

22) ¿Ha sufrido mareos, desmayos, convulsiones o epilepsia, Nerviosismo excesivo, perdida de la memoria, depresión, insomnio, episodios de llanto, concurrió tratamiento psicológico o psiquiátrico, tomo algún medicamento relacionado?

23) ¿Padece diabetes, gota, hipotiroidismo, colesterol alto o triglicéridos altos?

35) ¿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?

24) ¿Se le hinchan las articulaciones? ¿Tiene disminución de la movilidad de hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla, tobillo, manos o pies?

25) ¿Tiene dolor o limitada la movilidad de la columna cervical, dorsal, lumbosacra, cuello y/o espalda? ¿Cuándo fue la última vez?


26) ¿Siente hormigueo o falta de sensibilidad en alguna parte del cuerpo? ¿Tuvo neuralgias y/o migrañas?

27) ¿Sufrió algún problema del corazón, dolor de pecho, palpitaciones? ¿Tuvo defecto cardiaco al nacer?

¿Le realizaron ECG, Ecocardiograma, Doppler, Holter, Angioplastia, Tratamiento cardiológico?

28) ¿Su Presión Arterial estuvo o está alta? ¿Cuándo esta alta que siente? ¿Cuándo fue la última vez que se controló?

29) ¿Tiene hernias? ¿Fue operado/a por hernias? ¿En qué zona del cuerpo?

	Secretaría de Trabajo Manual de Seguridad y Salud Ocupacional	UNRC-SySO-PR-007
		Revisión: 03
	Realización de tareas a campo	Fecha: 10/12/14
		<i>Página 26 de 26</i>

30) ¿Siente dificultad para orinar? ¿Tuvo algún problema relacionado con la próstata, vejiga, y/o riñones? ¿Cuándo fue la última vez que se controló la próstata? ¿Tuvo en orina glucosa, arenilla, pus o sangre? ¿Sufrió de cálculos o arenilla?

31) ¿Padeció alguna enfermedad de transmisión sexual o enfermedad venérea?

32) ¿Tuvo alguna enfermedad en la sangre o inconveniente para donarla?

33) ¿Cuándo se lastima se curan bien las heridas?

34) ¿Se le hinchan los tobillos y/o pies? ¿Tiene varices? ¿Tuvo flebitis?

35) ¿Le duele la cabeza diariamente, semanalmente o mensualmente? ¿Qué tratamiento tiene?

36) ¿Ha tenido algún accidente y/o enfermedad relacionada con el trabajo?

37) ¿Fue operado/a o tuvo alguna internación? Cura de reposo, desintoxicación, ¿Quedó alguna secuela o discapacidad?

38) ¿Le han realizado anestesia?

39) ¿Le realizaron yeso? ¿En qué parte del cuerpo? ¿Cuándo?

40) ¿Padeció fracturas, luxaciones fisuras y/o esguinces? ¿En qué lugar del cuerpo?

41) ¿Tuvo algún problema o enfermedad no mencionada en esta Declaración Jurada?

42) ¿Tiene alguna enfermedad que deba operarse próximamente?

43) ¿Tiene conocimiento de estar gestando actualmente?

Firma del estudiante