

Examen Preventivo de Salud (E.P.Sa.)

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LAS PLANILLAS ADJUNTAS

(Estudiantes Presenciales)

PLANILLA N° 1

Los estudios correspondientes deben ser realizados por profesionales de la especialidad.

Se pueden efectuar en instituciones privadas o públicas.

Corresponde a Estudios Complementarios de Diagnóstico: odontología, laboratorio, estudio visual, electrocardiograma (ECG).

Vacuna Antitetánica:

Se aceptará **ÚNICAMENTE** certificados extendidos por **Centros Oficiales** de vacunación (hospital o centros de salud pública).

PLANILLA N° 2

La completa el estudiante, en caso de desconocer algún dato, aconsejamos solicitar la información a familiares.

Corresponde a datos básicos, antecedentes familiares, antecedentes personales, hábitos.

Una vez completadas las planillas mencionadas, deberán volcar los datos en la siguiente página web: www.unlpam.edu.ar/Epsa e imprimir el comprobante de carga.

Posteriormente, deberá solicitar turno para el Examen Físico con el profesional médico del Departamento de Salud de la UNLPam, en:

- Si cursa en la sede de Santa Rosa:

Secretaría de Bienestar Universitario - M.T de Alvear N° 228 - 1° Piso

Tel. 02954 – 436476 – email: salud@unlpam.edu.ar

- Si cursa en la sede de General Pico:

Delegación de Rectorado – Calle 9 – N° 1056 Oeste

Tel. 02302 – 424655 – email: bienestar-gp@unlpam.edu.ar

IMPORTANTE: Para solicitar turno, debe acercarse a la sede que corresponde con las planillas completas, comprobante de carga en internet y estudios adjuntos (laboratorio y electrocardiograma)



EXAMEN PREVENTIVO DE SALUD EPSA

Apellido y Nombres:..... D.N.I.:
Facultad:..... Carrera:

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO Y ACCIÓN PREVENTIVA:

ODONTOLOGÍA:

Odontograma:

Observaciones: Marcar en rojo las obturaciones y piezas extraídas.
Marcar en azul las caries y extracciones a efectuar.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CPO

Cantidad Cariados: Total de dientes presentes: Cantidad Ausentes:
Cantidad Obturados: Extracciones indicadas:

Patologías Gingivales y Periodontal:

Observaciones: Marcar con una cruz las respuestas correctas.

Gingivitis SI NO Sangra SI NO Placa Bacteriana y/o Cálculo SI NO

Enfermedades Periodontal Bolsa de menos de 3mm Bosas de más de 3 mm

Cálculo Subgingival SI NO Cálculo Supragingival SI NO

¿Fuma? SI NO Cantidad de cigarrillos diarios:

Cepillado

¿Cepilla sus dientes? 1 vez por día 2 ó más veces por día NO

¿Usa Hilo Dental? 1 ó más veces por día No todos los días Nunca

Consumo diario de azúcares No Si

Hasta 4 veces por día Más de 4 veces por día



Prótesis Dentales Existentes NO SI

Superior: Parcial Completa **Superior:** Parcial Completa

Prótesis Dentales Indicadas NO SI

Superior: Parcial Completa **Superior:** Parcial Completa

Fluorosis Dentaria

Normal Dudoso Muy leve Leve Moderado Grave

Indicar localidad ó localidades de residencia en los primeros 10 años de vida:

.....

Agua que consume: Red Pozo o perforación Otra

Malposiciones Dentarias

Normal SI NO **Clase I Angle** SI NO

Clase II Angle 1ra División SI NO **2da División** SI NO

Clase III Angle SI NO **Mordida abierta** SI NO

Otras malas posiciones SI NO

Necesita tratamiento SI NO

¿Qué tipo de tratamiento?.....

Índice de Caries de Necesidad de Tratamiento Comunitario INTC

Índice de Periodoncia de Necesidad de Tratamiento Comunitario IPNTC

(Reservado exclusivamente para estadísticas de la Universidad Nacional de la Pampa).

Fecha:

.....

Firma y Sello del Odontólogo



VACUNA ANTITETÁNICA

ESTA PRÁCTICA SOLO SE PUEDE REALIZAR, EN CENTROS DE VACUNACIÓN OFICIAL
NO SE ACEPTAN DE MÉDICOS PRIVADOS

.....
Fecha de última dosis

.....
Firma y sello del CENTRO DE VACUNACIÓN

.....
Fecha de última dosis

.....
Firma y sello del CENTRO DE VACUNACIÓN

REVACUNAR SI LA ÚLTIMA DOSIS TIENE MÁS DE DIEZ AÑOS

**CAMPAÑA NACIONAL DE ELIMINACIÓN DEL
SÍNDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA**

Vacunación: SI NO

LABORATORIO

ADJUNTAR EL ESTUDIO

Colesterol Total:

Glucemia:..... (Valor normal: 0.70 – 1.10 g/l)

V.D.R.L:..... Serología de Chagas:

Grupo y Factor: Huddleson:

.....
Fecha

.....
Firma y Sello del Bioquímico

ESTUDIO VISUAL

Agudeza Visual: Normal SI NO

Necesita Tratamiento (tipo):

Visión Cromática: Normal SI NO

Necesita Tratamiento (tipo):

.....
Fecha

.....
Firma y Sello del Oculista



ELECTRO CARDIOGRAMA (ECG):

ADJUNTAR EL ESTUDIO

Resultado:

.....

Observaciones:

.....

.....

.....

Fecha

.....

Firma y Sello del Cardiólogo



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: