

**FOTO**

**FICHA MÉDICA**  
**UNIDAD DE BIENESTAR ESTUDIANTIL**

*Nuestro Objetivo es llevar un control de salud integral de la Comunidad Estudiantil Cenestur y a la vez brindar si así lo requieren atención en salud física, emocional y social, de acuerdo a lo enmarcado en la LOES, estatutos, reglamentos y el plan estratégico institucional; para contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de los y las estudiantes, mediante la planificación, gestión y desarrollo de procesos, programas, convenios y proyectos.*

**A. DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres						
Cédula/pasaporte				Sexo	M	F
Fecha de Nacimiento				Edad		
Lugar de Nacimiento				Nacionalidad		
Teléfono Convencional		Teléfono Celular		Correo Electrónico		
Dirección Domicilio						

**B. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

	Sí	No		Sí	No
Problemas cardíacos			Afecciones auditivas		
Presión arterial elevada			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Obesidad			Otro problema con los huesos o articulaciones		
Asma bronquial			Cirugías		
Pérdida de conciencia			Internaciones		
Convulsiones			Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Traumatismos de cráneo			Alteraciones sanguíneas		
Diabetes			Problemas de piel		
Consume vitaminas			Tos crónica		
Medicación habitual			Alergia algún medicamento		
Oftalmológicos			Usa anteojos		
Vacunación completa			Carnet vacunas		
Otros:					



**B.1** De mantener alguna patología antes descrita, es importante que certifique la misma con los respectivos documentos medicos avalados por un centro de medicina publica o privada, con el fin de llevar un exhaustivo control y evaluacion periodica. A la vez es importante que usted coloque la informacion verdadera ya que es pertinente en el caso de ocurrir algun accidente fortuito dentro de las horas de clase, giras academicas, salidas de campo, practicas o vinculacion, de esta manera damos el seguimiento y precausion debida, para esto necesitamos que adjunte los documentos medicos necesarios según su patología.

EXÁMEN FÍSICO. (Adjuntar informes)	Peso		Talla		IMC		Diagnóstico Antropométrico					
EXÁMEN OFTALMOLÓGICO . (Adjuntar informes)	Agudeza visual		Derecho			Izquierdo						
EXÁMEN FONOAUDIOLÓGICO. (Adjuntar informes)												
EXÁMEN CARDIOVASCULAR. (Adjuntar informes)	Auscultación		Arritmia		Soplos		Tensión Arterial					
EXÁMEN RESPIRATORIO. (Adjuntar informes)												
EXÁMEN ENDOCRINOLÓGICO . (Adjuntar informes)												
EXÁMEN OSTEOARTICULAR. (Adjuntar informes)	Columna		Nor.		Cif.		Lord.		Esc.			
	Miembros Sup.											
	Miembros Inf.											
EXÁMEN NEUROLÓGICO. (Adjuntar informes)												
MEDICAMENTOS PRESCRITOS												
COMENTARIOS Y/O DERIVACIONES.												
RECOMENDACIONES DEL MEDICO												

### C. ANTECEDENTES FAMILIARES

Sí No Sí No

Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años			Obesidad		
			Diabetes		
Problemas cardiacos			Colesterol elevado		
Presión arterial elevada			Tos crónica		
Otros.					



#### D. DATOS PSICOLÓGICOS Y FISIOLÓGICOS

Mi nivel de relaciones interpersonales es	Excelente		Bueno		Regular	
Tiene dificultades para relacionarse con otras personas?	Del mismo sexo			Del sexo opuesto		
Sufre de:	Bulimia		Anorexia		Insomnio	
Tiene capacidad de adaptación a:	Las personas			A los lugares o ambientes		
Su nivel de autoconciencia es:	Bueno		Malo		Regular	
Tiene un buen control de sus impulsos?	Sí		No		Por que?	
Tiene coherencia entre sus pensamientos y actuaciones?	Sí		No		Por que?	
Considera que tiene buen nivel de concentración?	Sí		No		Por que?	
Considera que tiene buen nivel de memoria?	Sí		No		Por que?	
Considera que tiene buen nivel de atención?	Sí		No		Por que?	
Consume algún tipo de:	Droga		Antidepresivo		tabaco	Alcohol
Sufre alguna enfermedad?	Cuál?					
Ha estado hospitalizado alguna vez?	Por que?					
Sufre de alergias	Sí		No		A qué?	
Tiene alguna condición de riesgo?	Sí		No		Especifique	
Falta o no funcionamiento de algún órgano par:	Riñon		Ojos		Testículo	Otros
Hay enfermedades hereditarias en su familia?	Cuál?					
Tiene alguna condición de riesgo?	Sí		No		especifique	
Tipo de sangre						
Capacidad especial y adjunte una copia del respectivo carnet	Tipo de capacidad				Porcentaje	Carnet CONADIS
observaciones						

Yo,.....,con numero de

cédula.....estudiante de la carrera de.....declaro por medio de la presente, que toda la información brindada en los ítems anteriores es fidedigna de acuerdo a mis diagnosticos y certificados médicos realizados por mi medico de cabecera, a la vez que adjunto los respectivos documentos.



Fecha: \_\_\_\_\_

.....

Estudiante

.....

UBE

.....

Firma

.....

Firma

ESTA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL DEBE PERMANECER EN CUSTODIA Y CONSERVACIÓN LEGAL DE LA UBE