



Universidad de Buenos Aires

Tiene actualmente o tuvo (Marque con una X)

Mareos, demayos o sind. vertiginosos.		Articulaciones dolorosas - hinchadas	
Convulsiones.		Fracturas o luxaciones	
Dolores de cabeza frecuentes.		Pies planos	
Esta medicado por depresión.		Palpitaciones	
Fiebre reumatica		Hipertensión arterial	
Tuberculosis		Cáncer u otro tumor	
Tos crónica		Glaucoma	
Asma o fiebre de heno		Cataratas	
Diabetes		Enfermedades de la piel	
Hepatitis		Perdida o aumento de peso reciente	
Hernias		Sinusitis	
Varices		Azúcar o proteínas en orina	
Perdida de memoria		Enfermedades venereas	

¿Posee tatuajes? .....

OPERACIONES

	SI	NO	Año	Otras	Año
Amigdalas					
Apéndice					
Hernia					
Hemorroides					
Cardiovasculares					

Declaro que la información es completa y verídica. Falta de cooperación será suficiente para suspender el examen.

Fecha: .....

Firma del interesado

Resumen y anotaciones del médico .....

.....  
.....  
.....

Hernán Piotti López  
Secretario de Exámenes y Administración



Universidad de Buenos Aires

**Formulario: Examen clínico**

**EXAMEN MEDICO**

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

APELLIDO		NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DOMICILIO			TEL.	DEPENDENCIA	FECHA
NACIONALIDAD	D.N.I. Nº	ESTADO CIVIL		EDAD	CARGO A DESEMPEÑAR

**EXAMEN CLINICO**

TIPO DE EXAMEN	PESO	ALTURA	Tº AXILAR
----------------	------	--------	-----------

**CABEZA**

OJOS	PUPILAS	O.D.	O.I.	OIDOS	D	I
	REACC. LUZ Y ACCOMOD.					
	VISION CROMATICA					
	AGUDEZA VISUAL	CERCA				
		LEJOS				
USA LENTES						

**CUELLO**

APARATO RESPIRATORIO	VIAS AREAS SUPERIORES					
	PULMONES	INSPECCION				
		PALPACION				
		PERCUSION				
AUSCULTACION						
APARATO CARDIOVASCULAR	PULSO			PRESION ARTERIAL		
	CORAZON AUSCULTACION					
APARATO DIGESTIVO	VARICES			HEMORROIDES		VARICOCELE
	BOCA			LENGUA		
	DIENTES			AMIGDALAS		
	ABDOMEN					
	ANILLO INGUINAL		D	HERNIA		
		I	HERNIA			
APARATO GENITO-URINARIO						
APARATO LOCOMOTOR						
SISTEMA NERVIOSO	REFLEJOS					
	SENSIBILIDAD					
	MOVILIDAD					

Hernán Piotti López  
Secretaría de Hacienda y Administración



Universidad de Buenos Aires

PIEL	COLOR	FANERAS
	MUCOSAS	
	TEJ. CELULAR SUBCUTANEO	

ANALISIS

BANGRE	HUDLESON
ORINA	V.DRL (Cuantitativa)
MACHADO GUERREIRO	MANTOUX
RADIOGRAFIAS TORAX	

OTROS EXAMENES

OBSERVACIONES

EXAMEN GINECOLOGICO

MENARCA	MONOPAUSIA	NECESITA REPOSO		
WENSTRUACION	RITMO	CARÁCTER	ABORTO	HIJOS
EMBARAZOS	PARTOS DISTOCICOS	COMPLICACIONES		
	PARTOS NORMALES			

EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL

CLASIFICACION	A ( )	B ( )	C ( )	D ( )	E ( )
---------------	-------	-------	-------	-------	-------

OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

SE INFORMA DE LOS HALLAZGOS

CLINICOS DEL PRESENTE EXAMEN

Hernán Piotti López

Secretaría de Hacienda y Administración

ACLARACION

FECHA

FIRMA DEL MEDICO





Universidad de Buenos Aires

Formulario: Examen de rutina personal.

D.N.I. N°

N° de Orden

Fecha:

Apellido y Nombres: .....

EXAMEN DE RUTINA PERSONAL

A) Odontología

Nº de piezas dentarias

Paradentociopatías

1) No  
2) Tártaro  
3) Gingivitis  
4) Con bolsas  
5) 2 y 3  
6) 2 y 4  
7) 2, 3 y 4

Usa Prótesis

1) No  
2) Completa Superior  
3) Completa Inferior  
4) Parcial Superior  
5) Parcial Inferior  
6) 2 y 3  
7) 2 y 5  
8) 3 y 4  
9) 4 y 5

Anomalías Dentofaciales

1) No  
2) Fisura Palatina  
3) Fisura Labial  
4) Mordida Abierta  
5) Prognatismo  
6) Retrognatismo  
7) Maloclusión  
8) Dientes apiñados  
9) Mordida invertida

Índice CPO

Caries      Necesidad de Tratamiento Protético      No   
 Ausentes      Si

Ext. Inf.      Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia      No   
 Obturados      Si

Examen de Tejidos Blandos .....

Provisorio       Definitivo

Firma y Sello

B) Radiología

Área que representa anomalías

1) No lesión      4) Mediastinal      7) Escoliosis dorsal  
2) Pulmonar      5) Oseo Costal      8) Diafragma  
3) Cardiovascular      6) Actitud escoliótica dorsal      9) Otras

Observaciones: .....

Firma y Sello

Hernán Piotti López  
Secretaría de Hacienda y Administración



Universidad de Buenos Aires

Enterosedimentación    mm

Grupo Sanguíneo

Factor Rh

Hematocrito	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%		
Leucocitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/mm <sup>3</sup>	
Eritrocitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/mm <sup>3</sup>	
Hemoglobina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g%		
V.C.M.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	f <sup>3</sup>		
Fórmula Leucocitaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	C	S	E	B	L	M

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Química:**

Glucemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg%
Colesterol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg%
Triglicéridos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg%
Uremia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg%
HDL Colesterol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg%
LDL Colesterol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg%

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Serología:**

1: Negativo 2: Positivo

VD.R.L.	<input type="text"/>	Toxoplasmosis	<input type="text"/>
Machado Guerreiro	<input type="text"/>	Test de Huddleson	<input type="text"/>

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orina: 1: Negativo 2: Positivo

Proteínas	<input type="text"/>	Glucosa	<input type="text"/>	Cetonas	<input type="text"/>	Hemoglobina	<input type="text"/>
-----------	----------------------	---------	----------------------	---------	----------------------	-------------	----------------------

Test de Embarazo  Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sedimento Urinario:**

- Células epiteliales planas \_\_\_\_\_
- Leucocitos \_\_\_\_\_
- Hemáties \_\_\_\_\_
- Placas \_\_\_\_\_
- Mucus \_\_\_\_\_
- Cilindros \_\_\_\_\_
- Microorganismos \_\_\_\_\_
- Cristales de Oxalato de Calcio \_\_\_\_\_
- Cristales de Ácido Úrico \_\_\_\_\_
- Fosfatos amorfos \_\_\_\_\_
- Uratos amorfos \_\_\_\_\_

**Referencias:**

E	Escasos: 1 por campo
Alg	Algunos: 2 a 4 por campo
R	Regular: 5 a 10 por campo
Ab	Abundantes: más de 10 por campo

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otros análisis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma y Sello



Universidad de Buenos Aires

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

Nº de orden:

DNI:

Apellido y Nombre:

Edad:

Dependencia:

Facultad:

1) ¿Usa Lentes? 

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anteojos   
Lentes de Contacto

2) ¿Usa computadora? 

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cuántas horas por día?

3) ¿Tiene control Of. Periódico? 

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cada Cuánto?

Para el Personal de Enfermería

Peso 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  
Altura 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  
I, M, O. 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Electrocardiograma 

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Presión Arterial 

Mx	Mn
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Visión Cromática:

Agudeza Visual	S/Corr	C/Corr
OD	/	/
OI	/	/

Hernán Piotti López  
Secretaría de Hacienda y Administración