

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

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LAS PLANILLAS

**(Estudiantes a distancia)**

### **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.

### **PLANILLA N°3**

El **Examen Físico** debe ser realizado por un profesional médico de un Centro Sanitario u Hospital, se puede efectuar en lugar donde vive.

**Una vez completas las planillas, deberán volcar los datos en la siguiente página web: [www.unlpam.edu.ar/Epsa](http://www.unlpam.edu.ar/Epsa) e imprimir el comprobante de carga.**

**Deberá entregarlas personalmente 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:** 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: .....



## EXAMEN FISICO

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

### APARIENCIA GENERAL

.....  
Piel y Mucosas..... Adenopatías.....  
Ojos..... Pupilas.....  
Nariz..... Garganta.....  
Audición.....  
Tiroides.....  
Abdomen.....  
Extremidades.....  
Antecedentes traumáticos.....

### APARATO RESPIRATORIO

Frecuencia Respiratoria.....  
Bronquios - Pulmones.....

### APARATO CIRCULATORIO

Frecuencia Cardíaca.....  
Auscultación de Corazón.....

### SISTEMA NERVIOSO

Reflejos.....

### SISTEMA MUSCULO - ESQUELETICO

.....

### INDICE DE MASA CORPORAL (IMC):

Peso: ..... Talla: .....

IMC =  $\text{Peso} / \text{Talla}^2$  .....

Normal: 20 - 25   
Sobrepeso: 25 - 30   
Obesidad: Más de 30

### Contextura Ósea:

Pequeña  Mediana  Grande



## SEXO FEMENINO

**Menarca:** ..... **Ciclo:** Cada ..... días **Dura** ..... días  
**Con dolor:** SI  NO

**Mamas:** .....

### Anormalidades del aparato genital

Indique anomalías del aparato genital que considere de interés:

### Relaciones Sexuales

Cuando tiene relaciones sexuales:

¿Usa métodos de protección y/o anticonceptivo? Nunca  A veces  Siempre   
¿Cuáles de los siguientes métodos utiliza? Preserv.  DIU  Antic. Orales  Otros

¿Considera que está informada respecto a la correcta utilización de los métodos de protección?  
SI  NO

### Controles Ginecológicos y Embarazo

¿Cuándo fue la última vez que efectuó exámenes ginecológicos (mamas, Papanicolau, etc.)?

Menos de 6 meses  Entre 6 meses y un año  Más de un año  Nunca

¿Perdió algún embarazo? SI  NO

## SEXO MASCULINO

Dolor de Testículos: SI  NO

Hinchazón de testículos SI  NO

En las relaciones sexuales: ¿Usa preservativo? SI  NO  A VECES

¿Considera que está informado respecto a la correcta utilización de los métodos de protección?  
SI  NO

Indique anomalías del aparato genital que considere de interés:

### Observaciones:

.....  
FECHA

.....  
Firma y Sello del Médico de la UNLPam  
o de Médico de Centro Sanitario u Hospital (Distancia)