

SOLICITUD DE INSCRIPCION

MODIFICACION DE DATOS

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: _____
 D.N.I./PASAPORTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____
 ARGENTINO: _____ EXTRANJERO: _____ PAIS DE ORIGEN: _____

DOMICILIO CALLE: _____ N: _____
 TORRE: _____ PISO: _____ DPTO: _____ MANZANA: _____ CODIGO POSTAL: _____
 LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____
 TELEFONO PARTICULAR: _____ TELEFONO CELULAR: _____
 DIRECCION E-MAIL: _____

OTRAS PERSONAS PARA CONTACTAR: _____
 TELEFONO PARTICULAR: _____ TELEFONO CELULAR: _____
 TELEFONO PARTICULAR: _____ TELEFONO CELULAR: _____

¿ESTUDIA? SI NO ESTABLECIMIENTO: _____
 CARRERA: _____
 ¿TRABAJA? SI NO ESTABLECIMIENTO: _____
 HORARIO: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

PESO: _____ ALTURA: _____ COBERTURA SOCIAL: _____
 PATOLOGIAS CONGENITAS: _____ PATOLOGIAS PERINATALES: _____
 INFECCIOSAS Y NO INFECCIOSAS: _____ PATOLOGIAS DE LA INFANCIA: _____
 DIABETES: _____ HIPERTENSION ARTERIAL: _____ CHAGAS: _____ TUBERCULOSIS: _____ INFECCION POR HIV: _____
 OTRAS: _____

ALERGIAS

ALIMENTARIA: _____ INSECTOS: _____ FARMACOS: _____ OTRAS: _____ ACLARACION: _____

ENFERMEDADES ESPECIFICAS (ACLARAR EN *)

CARDIOVASCULARES		HEMATOLOGICAS	
PULMONARES		RENALES	
GASTROINTESTINALES		NEUROLOGICAS	
ENDOCRINAS		METABOLICAS	
AUTOINMUNES		DERMATOLOGICAS	
OFTALMOLOGICAS		OTORRINOLARINGOLOGICAS	
INFECCIOSAS		GENITOURINARIAS	
OSTEOARTICULARES		MIOPATICAS	
ONCOLOGICAS		PSIQUIATRICAS	

*ENFERMEDAD: _____ TRATAMIENTO ACTUAL: _____
 TIEMPO DE EVOLUCION: _____ SECUELAS: _____
 *ENFERMEDAD: _____ TRATAMIENTO ACTUAL: _____
 TIEMPO DE EVOLUCION: _____ SECUELAS: _____

ANTECEDENTES:

QUIRURGICOS: _____
 INTERNACIONES PREVIAS: _____
 HABITOS** TABACO: _____ ALCOHOL: _____ DROGAS: _____ FARMACOS: _____ OTROS: _____
 ** ESPECIFICAR: _____
 DE EXPOSICION LABORAL: _____
 DE TRANSFUSIONES: _____
 FAMILIARES: _____

