



**Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**PLANILLA DE SALUD**

Complete la siguiente planilla que tiene por objetivo obtener datos relevantes acerca de su situación de salud.

Nombre y apellido: .....

Edad: .....

Domicilio y teléfono en ciudad de origen: .....

Domicilio y teléfono en Olavarría: .....

Grupo sanguíneo: ..... Factor RH: .....

- ¿Padece alguna enfermedad que requiera tratamiento? .....  
¿Cuál? .....
- ¿Toma medicación? ..... ¿Cuál? .....
- ¿En forma permanente u ocasional? .....
- ¿Tiene algún tipo de alergia? ..... ¿A qué? .....
- ¿Tiene médico de cabecera? ..... ¿Cuál es su nombre? .....

T.E. y/o dirección: .....

- ¿Cuenta con obra social o prepaga?.....  
¿Cuál? .....

- En caso de una emergencia indique el nombre de la persona con la debemos comunicarnos, su dirección y número telefónico.

.....  
.....

- Vacunación (en sombreado vacunas obligatorias para comenzar a cursar la carrera):

VACUNAS	DOSIS	FECHA
Antihepatitis B	1º dosis	
	2º dosis	
	3º dosis	
	Refuerzo (sólo con esquema rápido)	
DPT-Hib / DPT	Serie primaria Ingreso escolar (5-6años)	
dT (doble adulto)	Dosis 16 años	
dT(doble adulto)	Dosis 26 años	
dTp acelular (Triple bacteriana acelular)	Única dosis	
Triple viral (sarampión, rubeóla, parotiditis, SRP)	1º dosis	
	2º dosis	
Doble viral (sarampión, rubeóla, SR)	1º dosis	
	2º dosis	
Influenza trivalente anual	Dosis única	
Hepatitis A	1º dosis	
	2º dosis 3º dosis	
Varicela	Dosis	
Fiebre amarilla	Dosis	
Meningocócica AC	Dosis	
Meningocócica BC	1º dosis	
	2º dosis	
Meningocócica ACWY	Dosis	
HPV bivalente	1º dosis	
	2º dosis	
	3º dosis	
HPV tetravalente	1º dosis	
	2º dosis	
	3º dosis	
Antitetánica	Dosis	

Vacunas del Calendario Nacional para Estudiantes de Ciencias de la Salud

- Calendario Nacional Vacunación  completo  incompleto

- Tiene dificultad o limitación permanente para

Si	No	
		¿Leer, aún con anteojos o lentes puestos?
		¿Oír, aún cuando usa audífono?
		¿Caminar o subir escalones?
		¿Tomar objetos y/o abrir recipientes con las manos?
		Otra discapacidad (completar)

Firma:.....

Aclaración:.....

D.N.I.:.....