

**Universidad Nacional del Centro**  
**Facultad de Ciencias Sociales**  
**PLANILLA DE SALUD**

Por favor completa la siguiente planilla que tiene por objetivo obtener datos relevantes acerca de tu situación de salud.

Nombre y apellido: .....

Edad: .....

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

.....

Domicilio y teléfono en Olavarría: .....

.....

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

• ¿Padecés alguna enfermedad que requiera tratamiento? ..... ¿Cuál? .....

.....

• ¿Tomás medicación? ..... ¿Cuál? .....

¿En forma permanente u ocasional? .....

• ¿Tenés algún tipo de alergia? ..... ¿A qué? .....

.....

• ¿Fumás? ..... ¿Cuántos cigarrillos por día? Ocasionalmente ..... Hasta 5 p/día .....

Entre 6 y 19 p/día ..... 20 y más p/día .....

• ¿Realizás alguna actividad deportiva? ..... ¿Cuál? .....

.....

• ¿Tenés médico de cabecera? ..... ¿Cuál es su nombre? .....

..... TE y/o dirección: .....

• ¿Contás con obra social o prepaga? ..... ¿Cuál?

.....

• En caso de una emergencia indicá el nombre de la persona con la que tenemos que comunicarnos, su dirección y número telefónico.

.....