

El presente Acto médico solicitado por la Universidad Nacional de Lomas de Zamora para sus ingresantes apunta a la obtención de información relevante sobre el estado de salud general y particular del alumnado, y en ningún caso tiende a alguna forma de exclusión por razones de salud. Asimismo se deja constancia que los datos consignados y la documentación que se anexe queda bajo custodia del Área de Servicio Médico de esta Universidad para la obtención de estadísticas y la realización de campañas de salud preventiva.

**➤ A COMPLETAR POR EL MÉDICO**

Por favor complete los datos requeridos en este acto médico y adjunte original o copia certificado de los estudios médicos realizados a ....., DNI ..... para la detección de enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial, glucemia, dislipidemias y aquellas otras que considere pertinentes en relación a patologías o marcadores de enfermedades prevenibles en un plazo mediano o inmediato.

Grupo Sanguíneo: ..... Presión arterial: ..... Peso: .....

Tiene Ud. reacción alérgica a: Suero  Drogas  Alimento  Otros

Si su contestación es afirmativa de el nombre y tipo de reacción .....

Toma alguna medicación en forma regular: Si  No

¿Cuál? ..... ¿En qué dosis? .....

Observaciones (Por favor consigne todo dato que considere relevante a partir de los estudios médicos realizados y su evaluación profesional) .....

(Anexe hojas en caso de ser necesario)

*Información para el Área de Servicio Médico*

**➤ A COMPLETAR POR EL ASPIRANTE A LA FACULTAD DE .....**

**Datos Particulares:**

Apellido y Nombre: ..... Fecha de nacimiento: .....

LE/LC/DNI/CI: ..... Domicilio ..... Localidad: .....

En caso de ser necesario avisar a:

Nombre: ..... Tel.: .....

Nombre: ..... Tel.: .....

¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?

¿Cuál? ..... N° de carnet: ..... N° a llamar: .....

Firma y aclaración del aspirante: .....

**➤ A COMPLETAR POR EL MÉDICO**

En mi carácter de Médico certifico que el titular del presente Acto Médico, goza de un estado de salud tal que le permite su desempeño como alumno en la Universidad Nacional de Lomas de Zamora.

Firma y Sello del Médico: .....