



Universidad Nacional del Nordeste

Rectorado

RESOLUCION N° 3658/2015
CORRIENTES, 13 de octubre de 2015

VISTO:

La necesidad de establecer, normas comunes en el ámbito de esta Universidad a fin de extender los Certificados de Salud exigidos para Postulantes al ingreso, por Resolución N° 737/2015 C.S. – Artículo 2°, 3° apartado; y

CONSIDERANDO:

Que es criterio de esta gestión, optimizar los servicios que brinda a la Comunidad Estudiantil que pretenden ingresar a las Facultades e Institutos de nuestra Universidad;

Que resulta necesario establecer un Cronograma, para extender los Certificados de Salud exigidos por Resolución N° 737/2015 C.S., a fin de dar orden, agilidad y celeridad al trámite de ingreso a nuestra Universidad;

Por ello y las atribuciones conferidas a la suscripta por el Artículo 24° del Estatuto de esta Universidad;

LA RECTORA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
RESUELVE:

ARTICULO 1°.- ESTABLECER el siguiente Cronograma, para la extensión de los Certificados de Salud por la Dirección Universitaria de Salud Estudiantil de la Secretaría General de Asuntos Sociales, exigidos por la Resolución N° 737/2015 C.S., a los ingresantes para el periodo Lectivo 2016, en esta Universidad.

FACULTADES E INSTITUTOS CON ASIENTO EN CORRIENTES:
DIRECCION UNIVERSITARIA DE SALUD ESTUDIANTIL
SEDE SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES
(Belgrano N° 1.045 – Ctes.)

Desde el 02/11/2015 al 29/12/2015

- Odontología
- Ciencias Veterinarias

Desde el 01/02/2016 al 27/02/2016

- Ciencias Exactas y Naturales y Agrimensura
- Ciencias Agrarias

Desde el 01/03/2016 al 30/03/2016

- Derecho y Ciencias Sociales y Políticas.



Universidad Nacional del Nordeste
Rectorado

RESOLUCION N° 3658/2015
CORRIENTES, 13 de octubre de 2015

Desde el 01/04/2016 al 30/04/2016

- Instituto de Ciencias Criminalísticas y Criminología
- Medicina

FACULTADES CON ASIENTO EN RESISTENCIA:
DEPARTAMENTO UNIVERSITARIO DE SALUD ESTUDIANTIL
(Las Heras N° 727 – Rcia.)

Desde el 03/11/2015 al 29/12/2015

- Ciencias Económicas
- Ingeniería

Desde el 01/02/2016 al 27/02/2016

- Humanidades
- Arquitectura y Urbanismo
- Artes, Diseño y Ciencias de la Cultura

Desde el 01/03/2016 al 30/03/2016

- Arquitectura y Urbanismo

ARTICULO 2°.- Los Postulantes a ingresar a Carreras con asiento en Corrientes, con domicilio en la Provincia del Chaco, podrán tramitar el Certificado de Salud exigido por Resolución N° 737/2015 C.S., en la Dirección de Salud Universitaria-Resistencia, en igual situación aquellos que residen en la Provincia de Corrientes, se postulen en Carreras con asiento en la Provincia del Chaco.-

ARTICULO 3°.- Será expedido ``únicamente`` por la Dirección de Salud Universitaria de la Secretaría General de Asuntos Sociales, el certificado de aparente Buen Estado de Salud para estudios.

ARTICULO 4°.- El postulante a ingreso deberá bajar e imprimir las planillas I, II y III a las que podrá acceder vía internet del portal de la Universidad: <http://www.unne.edu.ar>
Las Planillas I y II podrán ser cumplimentadas por profesionales del ámbito público o privado. Junto a la Planilla III, las Planillas I y II deberán presentarse en la Dirección de Salud Universitaria al efecto de confeccionar el Certificado Único de aparente Buena Salud para estudios. Las Planillas I, II y III integran como Anexo I de la presente Resolución.-

ARTICULO 5°.- REGÍSTRESE, Comuníquese, y Archívese.

Dr. JORGE L. SAUCEDO
SEC. GENERAL de ASUNTOS SOCIALES

Prof. MARIA DELFINA VEIRAVÉ
RECTORA



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES
DIRECCIÓN DE SALUD UNIVERSITARIA

PLANILLA I

Nombre y Apellido:

Odontograma

Observaciones: Marcar en **rojo** las piezas cariadas y a extraer
Marcar en **azul** las piezas obturadas y extraídas

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

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

CPOD

Cantidad de cariados Total de dientes presentes Cantidad de ausentes.....
Cantidad de obturados Extracciones indicadas

Patologías gingival y periodontal:

Marcar con una cruz las respuestas correctas

Gingivitis SI NO Sangra SI NO

Placa bacteriana y/o calculo SI NO

Enfermedad Periodontal SI NO

Fuma NO SI Cantidad de cigarrillos diarios

CEPILLADO:

¿ Cepilla sus dientes ? 1 vez por día 2 o más veces por día NO

¿ Usa hilo dental ? 1 o más veces por día No todos los días Nunca



PLANILLA I

Nombre y Apellido:

Consumo diario de azucares NO SI

Patología de la mucosa oral: NO SI Cual?

Frenillo labial NO SI Frenillo lingual NO SI

Protesis dentales existentes NO SI

Superior : Parcial Completa Inferior: Parcial Completa

Protesis dentales indicadas: NO SI

Superior : Parcial Completa Inferior: Parcial Completa

Fluorosis Dentaria: Normal Dudoso Muy Leve Leve
Moderado Grave

Lugares de residencia en los primeros años de vida:

Agua que consume : Red Pozo o perforación Otra

Malposiciones Dentarias: Normal SI NO

Mordida abierta SI NO

Clase molar: 1 2 Clase canina: 1 2

Alteración Mandibular: NO SI

Otras malposiciones: SI NO

Necesita tratamiento : NO SI

Que tipo de tratamiento ?:



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES
DIRECCIÓN DE SALUD UNIVERSITARIA

PLANILLA I

Nombre y Apellido:

Consumo diario de azucares NO SI

Patología de la mucosa oral:

NO SI Cual ¿
Frenillo labial NO SI Frenillo lingual NO SI

Protesis dentales existentes NO SI

Superior: Parcial Completa Inferior: Parcial Completa

Protesis dentales indicadas: NO SI

Superior: Parcial Completa Inferior: Parcial Completa

Fluorosis Dentaria: Normal Dudoso Muy Leve Leve
Moderado Grave

Lugares de residencia en los primeros años de vida:

Agua que consume : Red Pozo o perforación Otra

Malposiciones Dentarias: Normal SI NO

Mordida abierta SI NO

Clase molar: 1 2 Clase canina: 1 2

Alteración Mandibular: NO SI

Otras malposiciones: SI NO

Necesita tratamiento : NO SI

Que tipo de tratamiento ¿:



Universidad Nacional del Nordeste
Rectorado

RESOLUCION N° 3658/2015

PLANILLA I

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES
DIRECCIÓN DE SALUD UNIVERSITARIA

Nombre y Apellido:

HISTORIA CLINICA N°:

LABORATORIO:

Hemograma Completo : Eritrosedimentacion:.....

Glucemia: Valor Normal: 0,70 – 1,10 g/l

Colesterolemia: V.D.R.L.:

Grupo Sanguineo: Factor: P.P.D:

Examen de orina completa:

Fecha:

RADIOGRAFIA DE TORAX: Frente y perfil con informe.

SIGNOS VITALES Y CONTROLES DE ENFERMERÍA:

Frecuencia Respiratoria:X ´ Frecuencia Cardiaca: X ´

Temperatura:

TA:..... Peso: Talla I.M.C.: peso/ talla 2=

Circunferencia Abdominal:

VACUNAS: Doble adulto:..... Hepatitis B:



Universidad Nacional del Nordeste
Rectorado

RESOLUCION N° 3658/2015

PLANILLA I
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES
DIRECCIÓN DE SALUD UNIVERSITARIA

Nombre y Apellido:

HISTORIA CLINICA N°:

EVALUACION CARDIOVASCULAR - ELECTROCARDIOGRAMA (ECG):

Resultado:.....

.....

Observaciones:.....

.....

Fecha:.....

Firma y sello del cardiólogo

ESTUDIO VISUAL:

Agudeza Visual: Normal SI NO

Necesita Tratamiento :.....

Visión Cromática: Normal SI NO

Necesita Tratamiento :.....

Fecha:

.....
Firma y Sello del Médico



Universidad Nacional del Nordeste
Rectorado

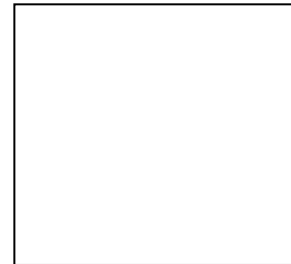
RESOLUCION N° 3658/2015

PLANILLA II

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES
DIRECCIÓN DE SALUD UNIVERSITARIA

HISTORIA CLINICA N°: Fecha: Foto:

Facultad/ Carrera:



DATOS DE FILIACIÓN :

Apellido y Nombres:

D.N.I.: F. De Nac.: Edad:

Lugar de Nacimiento:

Domicilio actual:

Domicilio de origen o familiar:

Telefono Familiar:

Telefono / Celular: E-Mail:

Estado Civil: Soltero/a Casado/a En Pareja

Hijos: NO SI Cuantos ?

Posee Obra Social o mutual ?: SI NO

Cual ? :



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES
DIRECCIÓN DE SALUD UNIVERSITARIA

Nombre y Apellido:

ANTECEDENTES FAMILIARES

(Referente a: abuelos, hijos, hermanos; vivos o fallecidos que hayan padecido o padezcan estas enfermedades)

Alergias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Tensión arterial alta	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Asma	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Obesidad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Diabetes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Enf. Inmunológicas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Leucemia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Enf. Mentales	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cáncer	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Enf. de Trans. Sexual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Hemorragia Cerebral	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Reuma	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Anemia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Trast. Salud Mental	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Tiene familiares directos fallecidos ? (padre, madre, hijos, hermanos, abuelos):
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. / Trans. Sexual	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Inf. Urinarias	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	Fue operado alguna vez ?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

De que ? :



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES
DIRECCIÓN DE SALUD UNIVERSITARIA

Nombre y Apellido:

HABITOS:

Fuma diariamente: NO SI A que edad comenzo a fumar?

Cuantos x día ? Hasta 5 x día Entre 6 y 19 x día 20 y mas x día

Ocasionalmente

Toma bebidas con alcohol ? NO SI Medicamentos SI NO

En caso afirmativo: Habitualmente Ocasionalmente Fines de semana

Descanso Nocturno:

Horas de sueño : - de 6 entre 6 y 8 + de 8

Consumo medicamentos ? NO SI

Cual medicamento y para que enfermedad o dolencia ?

Practica deportes ? NO SI Que deporte ?

Cuando ? Habitualmente Fines de semana Ocasionalmente

HABITOS ALIMENTARIOS:

Leche y derivados Pastas y/o pasteles

Carnes rojas Carnes blancas

Vegetales u hortalizas Frutas

Cereales Legumbres

Golosinas Postres

Infusiones como: Te, Mate o Café Bebidas Gaseosas

Otros SI No

Alergia alimentaria SI NO A cuales ?

Intolerancia a algún alimento? SI NO A cual ?



Universidad Nacional del Nordeste

Rectorado

RESOLUCION N° 3658/2015

PLANILLA II

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES

DIRECCIÓN DE SALUD UNIVERSITARIA

Nombre y Apellido:

Cual fue la alimentación ingerida de hace 24 horas ?:

Desayuno:

Almuerzo:

Merienda:

Cena:

EVALUACION DE SALUD MENTAL EN APS:

Marque con una X la existencia en el paciente de alguno de los siguientes síntomas o problemas:

Preocupaciones Ataques de ansiedad y pánico concentración

Animo decaído Riezgo de suicidio sueño

Apetito Trast. de la alimentación Hipocondrías

Obsesiones y compulsiones Fobia Manía/hipomanía

Trastornos del pensamiento Síntomas Psicóticos (delirio y alucinaciones)

Desorientación Perdida de memoria uso y abuso de alcohol

Uso y abuso de drogas Problemas de personalidad Factores de estrés

ANTECEDENTES LABORALES – SALUD PREOCUPACIONAL

Trabajo anterior: SI NO

Tipo de tarea a realizar:

Tipo de Carga: Física SI NO - Estática SI NO

Psíquica SI NO Dinámica SI NO Mental SI NO

Apto A Apto B Apto C Apto D Apto E

A: Sin incapacidad para el puesto asignado.

B: Sin incapacidad para el puesto asignado. Presenta preexistencias que pueden ser revertidas y deben ser denunciadas ante las autoridades pertinentes.

C: Sin incapacidad para el puesto asignado. Presenta preexistencias permanentes y definitivas que deben ser denunciadas ante las autoridades pertinentes.

D: Con limitación para el puesto asignado. Presenta preexistencias que no le permiten desempeñarse normalmente y deben ser denunciadas ante las autoridades pertinentes. E: No apto para las tareas asignadas.



Universidad Nacional del Nordeste
Rectorado

RESOLUCION N° 3658/2015

PLANILLA III

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES
DIRECCIÓN DE SALUD UNIVERSITARIA

HISTORIA CLINICA N°:

EXAMEN FISICO:

Apellido y nombre: D.N.I.:

Apariencia general:

Piel y mucosas: Adenopatías:

Ojos: Pupilas:

Nariz: Garganta:

Audición: Gland. Tiroides:

Torax: Abdomen:

Extremidades: Antecedente Traumáticos:

Aparato respiratorio:

Frecuencia respiratoria:

Bronquios – Pulmones:

Aparato circulatorio:

Frecuencia cardíaca:

Auscultación del Corazón: R1 R2 Silencios:

Sistema Nervioso:

Ex. Neurológico:

Reflejos:

Sistema musculo esquelético:



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES
DIRECCIÓN DE SALUD UNIVERSITARIA

SEXO FEMENINO

Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarca años IRS años N° de parejas G ... P ... C ... Ab ...
RM FUM Met. Anticoncept. desde ? Uso y abandono, porque
?

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

Polimenorrea: Oligomenorrea: Amenorrea desde.....

Poliquistosis ovárica: Leucorrea: SI NO

Prurito: SI NO Dispareunia SI NO

Cervicitis SI NO --- PAP SI NO

Colposcopia SI NO --- Inf. TS SI NO

Cual ?

UTERO:

ANEXOS:

CERVIX:

Cuando fue la última vez que se efectuó un examen ginecológico?.....

Examen de MAMAS

Mastodinea: Nódulo: Quistes: Derrame por pezón:

SEXO MASCULINO

Dolor de testículos ? SI NO

Hinchazón de testículos SI NO

En las relaciones sexuales usa preservativos? SI NO A veces

PERSONA CON DISCAPACIDAD:

Se observa alguna discapacidad:

Cual :.....

Certificada ? :.....



Universidad Nacional del Nordeste
Rectorado

RESOLUCION N° 3658/2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES
DIRECCIÓN DE SALUD UNIVERSITARIA

DIRECCION DE SALUD UNIVERSITARIA
EXAMEN MEDICO - ODONTOLOGICO

Conste por la presente que.....
.....

D.N.I. N°:..... requiere atención odontológica.

Firma del Odontólogo

Se extiende e l presente Certificado de aparente Buen Estado de Salud para estudios universitarios al momento del examen.

A losdías del mes dedel año 201....luego de evaluar la documentación solicitada y realizado el Control clínico, para ser presentada ante las Autoridades de la Facultad /Instituto:.....

Grupo y Factor Sanguineo:

Observaciones

Firma del Medico