



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

CÓDIGO:
FUAES-060
VERSIÓN: 01
EMISIÓN:
24/01/2023
PÁGINA
1 DE 2

EXAMEN MÉDICO DE INGRESO

Recibo de Consignación N°		Fecha de realización de exámenes		Día	Mes	Año		
1° Apellido		2° Apellido		1° Nombre		2° Nombre		
Tipo de Identificación		# Identificación	Nacionalidad	Programa Académico		Sexo	Edad	
CC__ TI__ CE__								
Dirección		Estrato	Número de Teléfono	Procedencia		Fecha Nacimiento		
				Urbana	Rural	Día	Mes	Año
Municipio		Estado Civil	No. De Hijos	Ocupación				
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL MÉDICO EXAMINADOR								
T/A		FR		FC		PESO		
TALLA		IMC						
ANTECEDENTES MÉDICOS EN SALUD								
TRAUMÁTICOS Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: _____		ALÉRGICO A Medicamentos <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Alergias respiratorias <input type="checkbox"/> Otro: _____			QUIRÚRGICOS Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: _____			
CONGÉNITOS Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria <input type="checkbox"/> Enfermedad Reumática <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Ninguna de las Anteriores <input type="checkbox"/>		CONGÉNITOS Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		LIMITACIÓN FÍSICA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
		OTRO <input type="checkbox"/> Cual: _____						
OBSERVACIONES: _____ _____ _____ _____								

	UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA	CÓDIGO: FUAES-060 VERSIÓN: 01 EMISIÓN: 24/01/2023 PÁGINA 2 DE 2
	EXAMEN MÉDICO DE INGRESO	

Exámenes complementarios:	Serología	Reactiva		Remitido a EPS	SI	Cual
		No Reactiva			No	

Examen Físico	
Órganos	
Oídos	
Nariz	
Garganta	
Agudeza visual	
Uso de Lentes para Corrección Visual:	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO:	
ALTO <input type="checkbox"/>	MEDIO <input type="checkbox"/>
BAJO <input type="checkbox"/>	
JUSTIFICACION DEL RIESGO:	

El suscrito médico examinador certifica que encuentra a este paciente clínicamente apto para ingresar a la Universidad de Córdoba para iniciar sus actividades académicas	
Firma y Sello del Médico	Firma del Estudiante