

# Surat Pernyataan Riwayat Kesehatan Calon Mahasiswa Baru

## Universitas YARSI

Pilihan Fakultas : .....

Tanggal diperiksa : .....

### IDENTITAS CALON MAHASISWA BARU

Nomor Pendaftaran : .....

Nama Lengkap : .....

Nama panggilan : .....

Jenis Kelamin : .....

Tempat & Tgl lahir : .....

Agama : .....

Sekolah asal/ tahun lulus : .....

Alamat asal : .....

Alamat di Jakarta : .....

No telepon/ HP : .....

### Identitas Orangtua/ Wali (ada hubungan darah dengan orang tua)

Nama Lengkap : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

No telepon/ HP : .....

### RIWAYAT KESEHATAN CALON MAHASISWA BARU

Ada/ Tidak ada keluhan saat ini (coret yang tidak perlu), **JIKA YA**, sebutkan : .....

Apakah **MAHASISWA PERNAH** mempunyai atau **sedang** mengalami sakit atau kondisi berikut di bawah ini ?

Berikan tanda (**V**) pada kolom yang tersedia. Setiap jawaban "**YA**" berikan penjelasannya.

NO	Riwayat Penyakit/ pernah mengalami penyakit dibawah ini	YA	TIDAK
1	Riwayat nyeri dada atau berdebar, sebutkan.....		
2	Riwayat penyakit jantung, sebutkan.....		
3	Riwayat tekanan darah tinggi, sebutkan.....		
4	Riwayat batuk lama (flek paru) atau sesak napas (asma)sebutkan.....		
5	Riwayat penyakit paru (bronkhitis).....		
6	Riwayat penyakit liver/ hati (hepatitis), sebutkan.....		
7	Riwayat penyakit usus dan gangguan pencernaan (usus buntu/ kanker)		
8	Riwayat penyakit diabetes mellitus/ kencing manis, .....		
9	Riwayat penyakit lambung (maag), sebutkan.....		
10	Riwayat gangguan pendengaran (pasang alat bantu dengar), sebutkan.....		

11	Riwayat gangguan penglihatan (pakai kaca mata/ soft lens), sebutkan.....		
12	Riwayat perdarahan atau kelainan darah (anemia atau leukemia).....		
13	Riwayat penyakit ginjal atau gangguan berkemih (cuci darah).....		
14	Riwayat penyakit saraf (stroke, HNP (saraf terjepit), tremor), sebutkan.....		
15	Riwayat sakit kepala berulang (migren), sebutkan.....		
16	Riwayat pingsan berulang, sebutkan.....		
17	Sering tiba-tiba pandangan tampak kosong/ bengong.....		
18	Riwayat kejang demam, sebutkan.....		
19	Riwayat konsumsi obat antikejang, sebutkan.....		
20	Riwayat epilepsi / kejang , sebutkan.....		
21	Riwayat trauma kepala/kelainan lain dengan gejala penurunan kesadaran,.....		
22	Riwayat tumor atau kanker, sebutkan.....		
23	Riwayat kelainan bawaan, sebutkan.....		
24	Riwayat alergi (makanan, obat, udara, debu sampai kulit bentol, merah dan gatal), sebutkan.....		
25	Riwayat pernah di rawat inap di rumah sakit, sebutkan.....		
26	Riwayat operasi, sebutkan.....		
27	Riwayat trauma (fisik/psikis) masa kecil, sebutkan.....		
28	Riwayat gangguan tidur,.....		
29	Riwayat gangguan konsentrasi dan kesulitan belajar.....		
30	Riwayat phobia (takut hewan, ketinggian, benda mati) sebutkan.....		
31	Riwayat depresi atau cemas berlebihan,.....		
32	Riwayat gangguan Psikosis/ Skizofrenia.....		
33	Riwayat gangguan Bipolar (perubahan mood tiba-tiba).....		
34	Riwayat perokok aktif,.....batang/hari, sejak usia.....		
35	Riwayat pernah mencoba minum minuman beralkohol, sejak.....		
36	Riwayat halusinasi, sebutkan.....		
37	Riwayat gangguan jiwa masa anak.....		
38	Riwayat cacat tubuh, sebutkan.....		
39	Riwayat minum obat rutin setiap hari lebih dari 1 bulan (pengobatan flek paru 6 bulan), sebutkan.....		
40	Riwayat penyakit lain, sebutkan.....		
<b>Riwayat Penyakit di dalam keluarga (kedua orang tua, nenek, kakek)</b>			
1	Riwayat gangguan jiwa pada keluarga, sebutkan.....		
2	Riwayat penyakit darah tinggi atau kencing manis di keluarga, sebutkan.....		
3	Riwayat penyakit jantung, stroke, paru, asma atau penyakit berat lainnya di keluarga, sebutkan.....		
4	Riwayat kanker di keluarga,.....		
5	Riwayat percobaan bunuh diri di keluarga, sebutkan.....		
6	Riwayat epilepsi/ kejang dalam keluarga, sebutkan.....		
7	Riwayat kekerasan (seksual) dalam keluarga,.....		
8	Riwayat penyakit lain, sebutkan.....		

Saya menyatakan bahwa seluruh data yang diisi pada formulir ini adalah **BENAR** dan saya mengisinya dalam keadaan sehat, tanpa paksaan dari siapapun atau tanpa ada tekanan dari pihak manapun. Apabila terbukti diketahui sebaliknya di kemudian hari, maka **saya bersedia menerima sanksi apapun dari Universitas YARSI** tanpa syarat dan tuntutan di kemudian hari sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian pernyataan yang saya buat dan tandatangan ini.

Jakarta, .....

Saya yang menyatakan

Mengetahui/ menyetujui,  
Orangtua/ wali

Materai  
Rp.6000

(.....)  
(Nama Lengkap)

(.....)  
(Nama lengkap)

## DIISI PETUGAS KESEHATAN

### 1 Keadaan Umum

Berat Badan : .....

Tinggi Badan : .....

Tekanan Darah : .....

Lainnya (HR/ RR) : .....

### 2 Kepala

#### a Mata

- Kacamata : .....
- Juling : .....
- Buta warna : .....
- Konjungtiva : .....
- Sclera : .....
- Lainnya : .....

#### b Telinga

- Serumen : .....
- Timpani : .....
- Lainnya : .....

#### c Mulut

Kebersihan : .....

Tonsil : .....

Lainnya : .....

#### d hidung

: .....

e Leher (KGB) : Besar/ Tidak

### 3 Dada

Bentuk : .....

Pernafasan : .....

Jantung : .....

Paru : .....

Lainnya : .....

### 4 Perut

Bentuk : .....

Hepar : .....

Bising usus : .....

Lainnya : .....

### 5 Ekstremitas

Kulit : .....

Lainnya : .....

Telah dilakukan pemeriksaan kesehatan atas dirinya dan dinyatakan:

**SEHAT/ TIDAK SEHAT** keterangan .....

.....

Dokter Pemeriksa,

(.....)

## Surat Pernyataan BUKAN PEROKOK AKTIF & PEMINUM MINUMAN BERALKOHOL

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :  
Nomor Pendaftaran :  
Tempat/ Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Fakultas :  
No Telp :  
Nama Orngtua :

Dengan ini menyatakan bahwa saya bukan perokok aktif dan peminum minuman beralkohol, jika dikemudian hari saya terbukti demikian maka saya bersedia menerima sanksi dari Universitas YARSI tanpa syarat dan tuntutan di kemudian hari, sesuai dengan ketentuang yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Jakarta,.....

Mengetahui/ menyetujui,  
Orangtua/ Wali

Yang menyatakan,

Materai,  
Rp. 6000,-

(.....)

(.....)