



FORMULIR PENDAFTARAN PENDIDIKAN DASAR ASTACALA XXXIV
PMPA ASTACALA TELKOM UNIVERSITY



RIWAYAT KESEHATAN

I. IDENTITAS

Nama :
NIM :
Tempat / Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Gol. Darah :
No. Hp :

II . RIWAYAT PENYAKIT & CEDERA

Berikan tanda silang (X) pada kolom **YA** atau **TIDAK** untuk setiap jenis penyakit atau kondisi medis yang pernah/sedang Anda alami.

Apakah anda pernah menderita penyakit seperti dibawah ini :

JENIS PENYAKIT	YA	TD K	JENIS PENYAKIT	Y a	TD K	JENIS PENYAKIT	YA	TDK
Sering Flu/sakit tenggorokan			Maag			Sering sakit kepala		
Asma			Hepatitis			Vertigo		
TBC			Gangguan bicara			Ayan / Epilepsi		
Radang Paru			Batu Empedu			Diabetes/Kencing manis		
Radang Selaput Paru			Hernia			Gonorrhoe/Kencing nanah		
Bronchitis			Ambeien / Heemorrhoid			Infeksi lain akibat hubungan sex		
Stroke			Gangguan Ginjal			Demam tifoid		
Demam Rheumatik			Gangguan Saluran kencing			Disentri amuba / basiler		
Darah Tinggi			Batu Ginjal			Malaria		
Pengakit Jantung dan Pembuluh darah			Nyeri punggung			Alergi obat / makanan		



FORMULIR PENDAFTARAN PENDIDIKAN DASAR ASTACALA XXXIV
PMPA ASTACALA TELKOM UNIVERSITY



JENIS PENYAKIT	YA	TD K	JENIS PENYAKIT	Y a	TD K	JENIS PENYAKIT	YA	TDK
Nyeri di dada kiri			Gangguan Sendi			Pingsan berulang		
Varices			Sakit Kulit			Patah tulang		
Kanker			Sulit Tidur			Tumor		
Gangguan Pendengaran			Gangguan mental			Gangguan saluran cerna		

III. DETAIL KONDISI KESEHATAN KHUSUS & CATATAN MEDIS

Jawablah pertanyaan berikut dengan membulati opsi [**Ya** / **Tidak**]. Apabila Anda menjawab **Ya**, wajib memberikan keterangan riwayat secara spesifik (mencakup nama obat, tahun kejadian, durasi, atau tindakan medis yang pernah diterima).

- Apakah saat ini Anda sedang menjalani pengobatan atau rutin mengonsumsi obat-obatan tertentu? [Ya / Tidak]
 - Jika Ya, jelaskan jenis obat, dosis, dan alasannya:

- Apakah Anda pernah menderita batuk berdarah atau gangguan saluran pernapasan berat? [Ya / Tidak]
 - Jika Ya, jelaskan jenis gangguan dan kapan terjadinya:

- Apakah Anda memiliki riwayat kelainan darah (seperti anemia berat/hemofilia) atau gangguan saluran kemih/urine? [Ya / Tidak]
 - Jika Ya, jelaskan kondisi dan penanganannya:

- Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit atau menjalani tindakan operasi? [Ya / Tidak]
 - Jika Ya, jelaskan penyebab, nama rumah sakit, dan tahun kejadiannya:

- Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan lalu lintas / kegiatan outdoor? [Ya / Tidak]
 - a. Apakah terdapat benturan/trauma pada area kepala? [Ya / Tidak]
 - b. Apakah sempat mengalami kehilangan kesadaran (pingsan)? [Ya / Tidak]
(Jika Ya, berapa lama: _____)
 - c. Apakah memerlukan perawatan inap di rumah sakit? [Ya / Tidak]
(Jika Ya, di mana dan berapa lama: _____)
- Apakah Anda pernah melakukan konsultasi atau perawatan ke dokter spesialis saraf atau ahli jiwa/psikiater? [Ya / Tida]
 - Jika Ya, jelaskan alasan dan waktu penanganannya:

- Apakah Anda saat ini merasa dalam kondisi fisik dan mental yang sehat serta siap mengikuti kegiatan alam terbuka? [Ya / Tidak]
 - Jika Tidak, jelaskan kendala atau keluhan yang sedang dirasakan:

- Apakah Anda merokok atau menggunakan rokok elektrik (vape)? [Ya / Tidak]



FORMULIR PENDAFTARAN PENDIDIKAN DASAR ASTACALA XXXIV
PMPA ASTACALA TELKOM UNIVERSITY



9. Apakah Anda mengonsumsi minuman beralkohol? [Ya / Tidak]
10. Apakah Anda mengukur/menggunakan kacamata atau lensa kontak? [Ya / Tidak]
 - Jika Ya, sebutkan ukurannya: Minus (_____) / Plus (_____) / Silindris (_____)
11. Apakah pada tubuh Anda memiliki tato atau bekas luka luar yang membutuhkan perhatian khusus? [Ya / Tidak]

Khusus Perempuan:

Bagian ini wajib diisi oleh peserta perempuan untuk pemetaan risiko spesifik terkait siklus hormonal dan kondisi fisik saat kegiatan lapangan intensif

1. Apakah Anda mendapatkan siklus haid secara teratur setiap bulannya? [Ya / Tidak]
2. Apakah saat haid Anda mengalami pendarahan berlebihan (harus mengganti pembalut >8 kali sehari)? [Ya / Tidak]
3. Apakah setiap masa haid menimbulkan rasa nyeri hebat (dismenore) hingga memerlukan obat pereda nyeri atau istirahat total? [Ya / Tidak]
4. Apakah Anda sedang mengonsumsi pil kontrasepsi atau terapi hormon tertentu? [Ya / Tidak]
(Jika Ya, sudah berapa lama: _____)
5. Apakah saat ini Anda sedang dalam keadaan hamil? [Ya / Tidak]

Demikian surat pernyataan riwayat kesehatan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, jujur, dan penuh rasa tanggung jawab. Apabila di kemudian hari ditemukan data medis yang terbukti tidak benar atau disembunyikan sehingga menghambat proses pertolongan medis di lapangan, maka saya bersedia menerima segala konsekuensi dan keputusan yang ditetapkan oleh Panitia Operasional.

Bandung, _____ 2026

Peserta
