

DECLARACIÓN JURADA / FICHA DE SALUD

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI: EDAD: FECHA DE NAC: / /

DOMICILIO:

LOCALIDAD: C.P:

TEL: CEL:

ANTECEDENTES CLINICOS QUIRURGICOS: Responder SI o NO

¿ES ASMÁTICO?..... ¿ES EPILÉPTICO?.....

¿ES DIABÉTICO?..... ¿SUFRE CONVULSIONES?.....

¿ES CARDÍACO?..... ¿SUFRE DESMAYOS?.....

¿ES ALÉRGICO?.....en caso afirmativo consignar a qué.....

¿SUFRE DE HIPERTENSIÓN?

¿FUE OPERADO? SI NO

En caso afirmativo consignar tipo de operación.....

¿HERNIAS? SI NO ARTRITIS/REUMA SI NO TRASTORNOS OSTEO-MUSCULARES SI NO¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN? SI NO ¿CUÁL?.....

OBSERVACIONES:

ANTECEDENTES FAMILIARES: (Completar para aspirante a primer año)

Enfermedades Cardiovasculares: SI NOTumores: SI NOAlergia o Asma: SI NOEnfermedades Mentales: SI NOMetabólicas o diabetes SI NO

Otras:

Observaciones:

EXÁMEN FÍSICO

Aspectos Generales Piel/ Faneras

Cráneo/Cara..... Cuello/Tiroides

Tórax/Mamas..... Ap. Respiratorio

Ap. Cardiovascular Abdomen/Digestivo

Ap. Urinario Ap. Genital

Columna/Miembros Neurológico

Agudeza Visual Audiometría

Otros

Tensión Arterial.....F. CardíacaPeso.....Talla

LOS SIGUIENTES ESTUDIOS DEBERÁN SER EVALUADOS POR EL MÉDICO. PRESENTAR FICHA COMPLETA DE SALUD (**No** adjuntar placas ni estudios) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO ADMINISTRATIVO ART. 1° - plazo hasta el 29 de marzo.

1. RADIOGRAFIA DE TORAX FRENTE PERFIL C/ INFORME:
2. RADIOGRAFIA DE COLUMNA LS (F Y P).....
3. ELECTROCARDIOGRAMA C/ INFORME:.....
4. PRUEBAS DE LABORATORIO
 - Hemograma..... Grupo Sanguíneo Factor
 - Eritrosedimentación Glucemia
 - Orina Completa

RECORDATORIO: El desempeño de la profesión futura como las actividades prácticas profesionalizantes que desempeñará el alumno regular para cursar la carrera de..... Implican diversos esfuerzos y condiciones de trabajo tales como: Mantenerse en pie por períodos prolongados; Movilizar pacientes con movilidad reducida o sin ella; Empujar carros de atención, camillas, etc.; Motricidad fina y pulso procedimientos de precisión; entre otros.

USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO CLÍNICO

Teniendo en cuenta las capacidades necesarias para el desarrollo de la carrera, como su posterior ejercicio profesional, y en función de los estudios diagnósticos realizados y examen físico a mi cargo, y cuyos resultados se transcribieron a la presente bajo mi firma, dejo constancia que el Sr./la Srta.....resulta apto-a / No apto-a, para el cursado, tanto de materias teóricas como las prácticas profesionales, con esfuerzo de intensidad que las mismas requieran, de la carrera de Tecnicatura Superior en.....

.....
Fecha

.....
Sello y Matrícula

.....
Firma

Este formulario debe estar completo en su totalidad. Rogamos al médico completarlo con letra clara y legible. Pudeser médico de hospital público o privado, de obra social o sanatorio.

USO EXCLUSIVO DEL MEDICO PSIQUIATRA O PSICÓLOGO

El Sr./ la Srta..... resulta apto-a / No apto-a, para el cursado, tanto de materias teóricas como las prácticas profesionales, con esfuerzo de intensidad que las mismas requieran, de la carrera de Tecnicatura Superior en.....

Observaciones:.....

.....
Fecha

.....
Sello y Matrícula

.....
Firma

OBSERVACIONES PERSONALES:

Enfermedades Infectocontagiosas contraídas. SI NO

.....

INDIQUE ALGUNA OBSERVACION RESPECTO DE SU SALUD QUE PUEDA SER IMPORTANTE PARA LA ESCUELA
Y NO SE ENCUENTRA EN LA PRESENTE
FICHA.....

.....

DEJO CONSTANCIA Y DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE FICHA SON
REALES AUTENTICOS Y ACTUALIZADOS A LA FECHA. ASIMISMO, ME COMPROMETO A DAR AVISO FEHACIENTEMENTE
SOBRE CUALQUIER CAMBIO RELACIONADO CON LOS MISMOS Y EN ESPECIAL CON MI SALUD, A PARTIR DEL.....,
ASUMIENDO LAS RESPONSABILIDADES QUE CORRESPONSA EN CASO SE ASI NO HACERLO.

.....
FIRMA DEL ALUMNO

.....
ACLARACION

.....
DNI

.....
FIRMA DEL PADRE MADRE O TUTOR
(En caso de ser menor de 18 años)

.....
ACLARACION

.....
DNI