



DECLARACIÓN JURADA / FICHA DE SALUD

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES (COMPLETOS): _____
DNI: _____ EDAD: _____ FECHA DE NAC: ____/____/____ .
DOMICILIO: _____
LOCALIDAD: _____ C.P: _____
PROVINCIA: _____ TEL: _____ CELULAR: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS QUIRÚRGICOS: RESPONDER SI O NO

¿PADECE DE ASMA? _____ SUFRE EPILEPSIA? _____ PADECE DIABÉTES? _____
¿SUFRIR CONVULSIONES? _____ PADECE ENFERMEDADES CARDÍACAS? _____ SUFRE DESMAYOS? _____
¿SUFRIR ALERGIAS? _____ EN CASO AFIRMATIVO CONSIGNAR A QUÉ _____
¿SUFRIR DE HIPERTENSIÓN?..... ¿TUVO ALGUNA CIRUGÍA? _____

En caso afirmativo consignar tipo de cirugía: _____

¿HERNIAS? _____ REUMATISMO? _____ TRASTORNOS OSTEO-MUSCULARES? _____
¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN? _____ CUAL? _____
OBSERVACIONES: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: (SI/NO)

Enfermedades Cardiovasculares: _____ Tumores: _____ Alergias o Asma: _____
Enfermedades Psíquicas: _____ Metabólicas o diabetes _____
Otras: _____
Observaciones: _____

EXAMEN 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. Cardíaca _____ Peso _____ Talla _____

LOS SIGUIENTES ESTUDIOS DEBERAN SER EVALUADOS POR EL MÉDICO. AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN PRESENTAR FICHA COMPLETA DE SALUD (NO ADJUNTAR PLACAS NI ESTUDIOS)

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 _____

ACOMPañAR A LA FICHA EL CARNET DE VACUNACIÓN COMPLETO:

VACUNAS OBLIGATORIAS: - BCG - ANTITETÁNICA - HEPATITIS B - INFLUENZA - COVID 19 (esquema completo)



DECLARACIÓN JURADA / FICHA DE SALUD

RECORDATORIO: El desempeño de la profesión futura como las actividades prácticas profesionalizantes que desempeñará el estudiante 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; uso de productos antisépticos, entre otros.

USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO CLÍNICO

Teniendo a la vista las capacidades necesarias para el desarrollo de la carrera, como su posterior ejercicio profesional, obrantes en los estudios realizados y revisión clínica a mi cargo, copia de los cuales se volcaron a la presente bajo mi firma, dictamino que:

el Sr./ la Srta. _____ resulta **apta / no apta** para ser inscripto/a y cursar materias teóricas y prácticas intensas, con esfuerzo como estudiante regular de la carrera de _____

.....
Fecha

.....
Sello y Matrícula

.....
Firma

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

USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO PSIQUIATRA O PSICÓLOGO

el Sr./ la Srta. _____ resulta **apta / no apta** para ser inscripta y cursar materias teóricas y prácticas intensas con esfuerzo como alumno regular de la carrera de _____

.....
Fecha

.....
Sello y Matrícula

.....
Firma

ESTIMADO DOCTOR ACTUANTE, MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

OBSERVACIONES PERSONALES:

Inmunidades y Enfermedades Infectocontagiosas contraídas (detallar): _____

INDIQUE ALGUNA OBSERVACIÓN RESPECTO DE SU SALUD QUE PUEDA SER IMPORTANTE PARA LA INSTITUCIÓN Y NO SE ENCUENTRA EN LA PRESENTE FICHA _____

DEJO CONSTANCIA QUE LOS DATOS PERSONALES CONSIGNADOS EN LA PRESENTE FICHA SON REALES Y ACTUALIZADOS AL MOMENTO DE LA INSCRIPCION. ASI MISMO, ME COMPROMETO A AVISAR FEHACIENTEMENTE SOBRE CUALQUIER CAMBIO RELACIONADO CON MI SALUD DESDE ESTA FECHA _____ / _____ / _____

.....
FIRMA DEL ESTUDANTE

.....
ACLARACION

.....
DNI

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

.....
ACLARACION

.....
DNI

NOTA: LOS EXÁMENES PUEDEN REALIZARSE EN CENTROS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS