CRUZ ROJA ARGENTINA U. O. CASILDA

INSTITUTO SUPERIOR PARTICULAR INCORPORADO N° 9203

CICLO LECTIVO 2027

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 HIPERTENSION?.....FUE OPERADO? SI NO

En caso afirmativo consignar tipo de operación.....
.....
HERNIAS? SI NO REUMATISMO? SI NO TRASTORNOS OSTEO-MUSCULARES? SI NO

TOMA ALGUNA MEDICACIÓN? SI NO CUAL?.....

OBSERVACIONES:.....

EXAMEN FISICO
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 .....

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.

CRUZ ROJA ARGENTINA U. O. CASILDA

INSTITUTO SUPERIOR PARTICULAR INCORPORADO N° 9203

CICLO LECTIVO 2027

DECLARACIÓN JURADA / FICHA DE SALUD

USO EXCLUSIVO DEL MEDICO CLINICO

Teniendo a la vista las capacidades necesarias para el desarrollo de la carrera, como su posterior ejercicio profesional, obrantes en los estudios realizados y revisación 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 inscripta y cursar materias teóricas y prácticas intensas con esfuerzo como alumno 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 MEDICO 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 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 CORRESPONSAN EN CASO SE ASI NO HACERLO.

....
FIRMA DEL ALUMNO ACLARACION DNI

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