



FICHA MÉDICA CERTIFICADO DE SALUD

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE:
DNI: ESTADO CIVIL:
DOMICILIO:
LOCALIDAD:
CARRERA:.....
¿TRABAJA? SÍ --- NO ¿DÓNDE?

En caso de emergencia avisar a:
Nombre: Tel:
Nombre: Tel:

¿Está afiliado a una Obra Social o Prepaga? SI NO ¿Cuál?

Nro. de afiliado: Nro. de Tel:

Centros de internación más próximos:

FICHA MÉDICA (a completar por un profesional médico).

*Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia. Por favor complete **todos** los datos requeridos en esta ficha médica.*

Grupo sanguíneo:

Indicar enfermedades preexistentes que sea necesario conocer para casos de emergencia.



Recibe alguna medicación en forma regular SI NO

En caso afirmativo indique: diagnóstico, medicación y dosis.

Realiza/ó tratamiento fonoaudiológico SÍ NO ¿Cuándo?

Realiza/ó tratamiento psicopedagógico/psicológico SÍ NO ¿Cuándo?

Realiza/ó tratamiento neurológico SÍ NO ¿Cuándo?

Realiza/ó tratamiento psiquiátrico SÍ NO ¿Cuándo?

Presenta CUD (certificado único de discapacidad) SÍ NO Motivo:



CONSUDEC
Profesorado

CERTIFICADO DE SALUD

Lugar y fecha:

En mi carácter de médico, certifico que..... se encuentra en condición de **apto psico-físico** para asistir regularmente al Profesorado, cursar la carrera de....., realizar observaciones y prácticas docentes/ profesionales con grupos de niños, adolescentes y adultos a su cargo.

Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidades que afecten tales actividades, y que los datos consignados en este documento son correctos.

.....
Firma y sello del médico

.....
Firma del aspirante

Los datos consignados en la presente Ficha Médica revisten carácter de **declaración jurada**, y es responsabilidad exclusiva del alumno informar por escrito cualquier circunstancia que modifique esta declaración.

La Institución se reserva el derecho de tomar medidas en el caso de falsificación u omisión de la información.