Buenos Aires Provincia

CULTURA Y EDUCACIÓN / DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR / PROVINCIA DE BUENOS AIRES

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN TÉCNICA Nº 179 "Dr. Carlos Pellegrini"

FICHA MÉDICA – PSICOFÍSICO – INGRESO 20___

TECNICATURA SUPERIOR EN

APELLIDO Y NOMBRES: _____ **DNI:**_____

(A COMPLETAR POR LOS PRECEPTORES) **Nº DE LEGAJO / ID**_____:_____

A LLENAR POR EL ASPIRANTE
(Alumno)

	SÍ/NO
Nació de parto normal	☐☐

En caso de contestar NO, comente en forma resumida el motivo:_____
_____
_____

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

	SÍ/NO
Sarampión	☐☐
Varicela	☐☐
Rubéola	☐☐
Escarlatina	☐☐
Tos convulsa	☐☐
Paperas	☐☐

Otras:_____

OTRAS ENFERMEDADES

	SI/NO
Asma	☐☐
Epilepsia	☐☐
Hepatitis	☐☐
Alergias	☐☐

¿A qué? _____
_____

	SI/NO
Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento	☐☐
Fracturas	☐☐
Intervenciones quirúrgicas	☐☐

¿Cuáles?_____

Embarazos/Partos	☐☐
¿Padece alguna enfermedad crónica?	☐☐

Indicar cual:_____

¿Toma algún medicamento?	☐☐

indique cual/es_____
_____

NOTA: En caso de haber padecido alguna enfermedad o accidente que no figure en la planilla descríbala a continuación:_____
_____
_____

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA; CUALQUIER OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD y SE REALIZA PARA SER ARCHIVADA EN EL ISFT Nº 179

FECHA:____/____/_____

_____ _____
Firma **Aclaración**

A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO

EXAMEN FÍSICO

Edad: _____ Talla:_____ Peso:_____

Grupo Sanguíneo:_____ Factor RH:_____

INFORME DE APTITUD CLÍNICA

Observaciones: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

POR EL PRESENTE SE DECLARA LA APTITUD FÍSICA DEL INTERESADO QUEDANDO APTO PARA REALIZAR ESTUDIOS Y PRÁCTICAS

FECHA:____/____/_____

_____ _____
Firma **Aclaración Dr/Dra**

_____

INFORME DE APTITUD PSICOLÓGICA
(A llenar exclusivamente por Prof. Psicólogo o Psiquiatra)

Observaciones:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

POR EL PRESENTE SE DECLARA LA APTITUD PSICOLÓGICA DEL INTERESADO QUEDANDO APTO PARA REALIZAR ESTUDIOS Y PRÁCTICAS

FECHA:____/____/_____

_____ _____
Firma **Aclaración**