FICHA MÉDICA

Apellido y Nombre: …….……

Carrera: …….……..... Año que cursa: ……

Domicilio: ……..…

Tel.Fijo: …..…….. Tel.Cel.: …..…… Tel. en caso de emergencia: ……

Obra Social ……. Grupo Sanguíneo …….

ANTECEDENTES	NO	SI,ESPECIFIQUE
Quirúrgicos		
Alérgicos		
Cardíacos		
Respiratorios		
Endocrinológicos		
Auditivos		
Visuales		
Óseos		
Articulares		
Musculares		
Neurológicos		
Psíquicos		
Otros		

Enfermedades crónicas SI – NO …… .-

Toma regularmente alguna medicación? Cuál? ..... .-

Es alérgico/a a algún medicamento? Cuál? ..... .-

Comodoro Rivadavia,……..días del mes de ……del año …..……...…..…...-

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

CERTIFICADO DE SALUD PSICOFÍSICO

Certifico que…… D.N.I: ……...…,

de…..…años de edad, se encuentra apto psicofísico para desarrollar actividades del

Profesorado/Tecnicatura …….……..……..-

Se extiende el presente certificado en la ciudad de Comodoro Rivadavia, a los……días del mes de……..…..del año ……..…----------

Firma y sello del Médico

En caso de urgencia, avisar a:…….

Parentesco: ……Teléfono:……..

La presentación de esta planilla es obligatoria año a año mientras el estudiante permanezca en el establecimiento educativo como ALUMNO REGULAR.

La permanencia del mismo en la Institución, de ninguna manera está definida por la presente, sí sobre la importancia de saber cuál es su estado físico, para que esto nos permita en caso de ser necesario utilizar las estrategias adecuadas.