FICHA MÉDICA 2027

Profesorado de Educación Especial – Tec. Sup. en Psicomotricidad – Tec. Sup. en Periodismo Deportivo
Tec. Sup. en Análisis Químico Biológico – Tec. Sup. en Nutrición

HOJA 1/2 – A COMPLETAR POR EL/LA ESTUDIANTE (DECLARACIÓN JURADA)

Apellido y nombres:	**DNI:**
Fecha de nacimiento:	**Edad:**
Carrera: ☐ Profesorado de Educación Especial ☐ Tec. Sup. en Psicomotricidad ☐ Tec. Sup. en Periodismo Deportivo ☐ Tec. Sup. en Análisis Químico Biológico ☐ Tec. Sup. en Nutrición	
Domicilio:	**Teléfono:**
Obra social / cobertura:	**Nº de afiliado:**
Contacto de emergencia (nombre y vínculo):	**Teléfono:**

Lo que respondas en esta declaración no afecta tu ingreso. La información es confidencial y se utiliza exclusivamente para acompañar tu trayectoria formativa de la mejor manera posible.

Nº	Pregunta	Sí	No	Especificar
A. Antecedentes de salud				
1	¿Tenés alguna enfermedad crónica (asma, diabetes, problemas cardíacos u otra)?			
2	¿Alguna vez te desmayaste o perdiste el conocimiento?			
3	¿Alguna vez tuviste una convulsión o te dijeron que, durante una pérdida de conocimiento, presentaste movimientos involuntarios o sacudidas del cuerpo?			
4	¿Tuviste cirugías o internaciones?			
5	¿Tomás alguna medicación en forma habitual?			
6	¿Tenés alergias a medicamentos, alimentos, látex, picaduras u otras sustancias?			
7	¿Tenés alguna dificultad auditiva, visual o de la voz que requiera alguna adaptación en la cursada?			
8	**Calendario de vacunación**	☐ Completo ☐ Incompleto		
B. Salud mental y acompañamiento *(respuesta optativa)*				
9	¿Estás realizando actualmente algún tratamiento psicológico o psiquiátrico?			
10	¿Atravesás situaciones como ataques de ansiedad o de pánico que puedan presentarse durante la cursada?			
11	Si te pasa algo así en el instituto, ¿qué te ayuda? ¿A quién tenemos que avisar?			
12	¿Hay alguna otra condición de salud que el instituto deba conocer para acompañar tu cursada?			

Declaro bajo juramento que los datos consignados son verídicos y me comprometo a informar al ISFD Nº 810 cualquier cambio en mi estado de salud durante la cursada.

Firma del/la estudiante	Aclaración	DNI	Fecha

HOJA 2/2 – A COMPLETAR POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Estudiante:	**DNI:**

A COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO

Edad:	**Talla:**	**Peso:**
IMC:	**Grupo sanguíneo:**	**Factor RH:**

s/p: sin particularidades – c/p: con particularidades

EXAMEN CLÍNICO	**s/p**	**c/p**	**Observaciones**
Examen clínico que indique aptitud para el cursado (en caso de marcar c/p o si el profesional lo considera necesario, presentar informe)			

OBSERVACIONES Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS *Enfermedades o condiciones no comprendidas en los ítems anteriores, y estudios solicitados con sus hallazgos, si los hubiera.*

Dejo constancia que en la ciudad de …… a los ……. días del mes de …… del año 20……, he examinado al/la estudiante y he revisado los estudios que consideré pertinentes. Por lo tanto, concluyo que se encuentra en buen estado psicofísico y resulta APTO/A para ingresar a la carrera consignada en el frente de esta ficha, al momento del examen.

Firma y sello del médico actuante

A COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE POR PSICÓLOGO/A Y FONOAUDIÓLOGO/A

EXAMEN	**s/p**	**c/p**	**Firma y sello del profesional**
Examen psicológico (en caso de marcar c/p o si el profesional lo considera necesario, presentar informe)			
Examen fonoaudiológico (en caso de marcar c/p o si el profesional lo considera necesario, presentar informe)			

Sello Salud Pública