

FICHA PERSONAL CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

APELLIDO/S Y NOMBRE/S:		
DNI:	FECHA NACIMIENTO:	
DOMICILIO:	LOCALIDAD:	TELÉFONO:
OBRA SOCIAL / SERVICIO MÉDICO:		
GRUPO SANGUÍNEO:	FACTOR RH:	

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: _____ TELÉFONO: _____

PARENTESCO / RELACIÓN: _____

POR FAVOR, INDIQUE CON UNA **X** LA COLUMNA QUE CORRESPONDA:

PADECE O ALGUNA VEZ PADECIÓ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?	SI	NO
ALERGIAS A MEDICAMENTOS (POR EJ.: PENICILINA, IODO). INDICAR:		
CELIAQUÍA		
DIABETES		
AFECCIONES CARDÍACAS		
EPILEPSIA O CONVULSIONES		
ASMA		
HIPERTENSIÓN		
PROBLEMAS DE COLUMNA VERTEBRAL		
LUXACIONES (INDICAR ARTICULACIÓN)		
¿SE ENCUENTRA BAJO CUIDADOS MÉDICOS?		
¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? (INDIQUE MEDICACIÓN, DOSIS Y EFECTOS SECUNDARIOS, SI CORRESPONDE, AL DORSO DE ESTA MISMA HOJA)		
¿TIENE COMPLETO EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN?		

SE SOLICITA ESTA INFORMACIÓN A LOS FINES DE PODER ACOMPAÑAR LA TRAYECTORIA EDUCATIVA (DURANTE EL CURSADO) DE LOS ASPIRANTES / ESTUDIANTES DE UNA MANERA MÁS PERSONALIZADA, POR FAVOR, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA DIFICULTAD AUDITIVA, VISUAL O FONOAUDIOLÓGICA?, ¿FUERON DIAGNOSTICADAS? DETALLAR:

POSEE C.U.D (CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD)
FECHA QUE SE OTORGÓ:
DIAGNÓSTICO:

SI	NO
----	----

PRESTACIONES QUE RECIBE:

POR FAVOR, INDIQUE CON UNA **X** LA COLUMNA QUE CORRESPONDA:

A- ¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES DIFICULTADES?	SI	NO
DISLALIA		
DISLEXIA		
DIGRAFÍA		
DISCALCULIA		
FUNCIONES EJECUTIVAS:		
ATENCIÓN		

MEMORIA DE TRABAJO		
ORGANIZACIÓN		
ANTICIPACIÓN		
FLEXIBILIDAD MENTAL		
CONTROL DE LA CONDUCTA		
INHIBICIÓN		
OTROS		

B- ¿FUERON DIAGNOSTICADAS? AÑO Y PROFESIONAL. DETALLAR:

	SI	NO
C- ¿HA VIVENCIADO ALGÚN/OS DE LOS EPISODIOS DE LOS SIGUIENTES CUADROS? ¿FUE DIAGNOSTICADO?		
ANSIEDAD		
DEPRESIÓN		
FOBIAS		
DÉFICIT ATENCIONAL		
TRASTORNO DEL SUEÑO		
TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN		
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD		
Otros		

D- ¿HA REALIZADO O SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO/ PSICOLÓGICO Y/O PSIQUIÁTRICO? DETALLAR:

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, POR FAVOR CONSIGNAR:

NOMBRE DEL PROFESIONAL O EQUIPO PROFESIONAL QUE LO ACOMPAÑA:

TELÉFONO DE CONTACTO:

ALGUNA OTRA SITUACIÓN O CONDICIÓN QUE CONSIDERE OPORTUNO REGISTRAR. DETALLAR:

DECLARO BAJO JURAMENTO *

FIRMA DEL ASPIRANTE

ACLARACIÓN

FECHA:/...../.....

DNI

* LO QUE SE REGISTRÓ EN LA FICHA. ASIMISMO, ASUMO LA RESPONSABILIDAD DE ACTUALIZAR LA FICHA DDJJ, ANTE CUALQUIER CAMBIO O MODIFICACIÓN MÉDICA, PSICOPEDAGÓGICA, PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA Y ENTREGAR A LA INSTITUCIÓN.