

### FICHA MÉDICA 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		
AFECIONES 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?		

#### PARA PODER ACOMPAÑAR LA TRAYECTORIA EDUCATIVA DE LOS ASPIRANTES / ESTUDIANTES DE UNA MANERA MÁS PERSONALIZADA, POR FAVOR, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

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

---



---

¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA DIFICULTAD LECTOCOMPENSIVA (DISLALIA, DISLEXIA, ETC.)?, ¿FUERON DIAGNOSTICADAS?. DETALLAR:

---



---

¿HA PADECIDO O PADECE ANSIEDAD / TRASTORNOS DE SUEÑO / OTROS?. DETALLAR:

---



---

¿HA TENIDO O TIENE TRATAMIENTO 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

---



---



---