

### 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:

<b>PADECE O ALGUNA VEZ PADECIÓ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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?		

**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, VISUAL O FONOAUDIOLÓGICA?, ¿FUERON DIAGNOSTICADAS? DETALLAR:

---



---

¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD?, ¿FUERON DIAGNOSTICADAS? DETALLAR:

---



---

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

¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES DIFICULTADES LECTOCOMPRESIVA?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
DISLALIA		
DISLEXIA		
DIGRAFÍA		
OTROS		

¿FUERON DIAGNOSTICADAS? DETALLAR:

---



---

¿HA VIVENCIADO ALGÚN/OS DE LOS SIGUIENTES EPISODIOS?	SI	NO
ANSIEDAD		
DEPRESIÓN		
FOBIAS		
TDAH		
TRASTORNO DEL SUEÑO		
TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN		
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD		
Otros		

¿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

---



---



---