

**Ficha Única de Aptitud Física:**

**APLICABLE A TODAS LAS CARRERAS DE NIVEL SUPERIOR.**

**Datos Personales del Estudiante:**

Apellido:………………………Nombres:…………………………………………D.N.I………………………

F. de Nacimiento……./….../……… Tel………………………………………….

Domicilio……………………………………Localidad………………………… Provincia:…………………..

Obra Social:……………………………. Nº Afiliado:……….. …………………….

Peso…………….. Talla………………. Grupo Sanguíneo…………………Factor RH…………..….. …

En caso de urgencia avisar a…………………………………………..DNI…………………………

Domicilio…………………………………………………………………………Tel….……………………….

E-mail……………………. ………………………..Parentesco………………………………

**Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas y adjuntar el certificado médico correspondiente que incluya el diagnóstico.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Si** | **Enfermedades** | **Observaciones** |
|  | Musculares |  |
|  | Articulares - Columna |  |
|  | Respiratorias |  |
|  | Cardíacas |  |
|  | de la Vista |  |
|  | Auditivas |  |
|  | Neurológicas |  |
|  | Convulsiones – Epilepsia |  |
|  | Asma |  |
|  | Diabetes |  |
|  | Hipertensión Arterial |  |
|  | Toma Medicación |  |
|  | Es Alérgico a |  |

………………………………. …………..…………………………..

 Firma del Profesional Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

En cumplimiento de la reglamentación vigente, me notifico que toda derivación dispuesta por el servicio de emergencias, en caso de accidente o urgencias, se hará a un hospital público.

**…………………………………………………..**

**Firma del Estudiante**