

Ficha única de aptitud física

Datos personales del estudiante

Apellidos: _____

Nombres: _____

DNI: _____ Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____



Domicilio: _____ Barrio: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Obra Social: _____ N° de asociado: _____

Peso: _____ Talla: _____ Grupo sanguíneo: _____

¿Realiza deporte? _____ si es sí, indique cual: _____

En caso de Emergencia avisar a (apellido y nombre): _____

DNI: _____ teléfono: _____ domicilio: _____

Marcar con una X aquellas opciones que resultan positivas y adjuntar certificado médico correspondiente que incluya diagnóstico y tratamiento.

<input type="checkbox"/>	Musculares				
<input type="checkbox"/>	Articulares - columnas				
<input type="checkbox"/>	Respiratorias	<input type="checkbox"/>	Utiliza inhalador	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	Cardíacas				
<input type="checkbox"/>	Visuales	<input type="checkbox"/>	Utiliza lentes		
<input type="checkbox"/>	Neurológicas				
<input type="checkbox"/>	Convulsiones - epilepsia				
<input type="checkbox"/>	Diabetes				
<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial				
<input type="checkbox"/>	Medicación habitual	<input type="checkbox"/>	Medicación psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	Adjuntar certificado de aptitud para las prácticas
<input type="checkbox"/>	Alergias				
<input type="checkbox"/>	Otros antecedentes				

Anexar carnet de vacuna actualizado y de COVID-19

Firma del profesional

Sello aclaratorio y n° de matrícula

Firma del estudiante

Los presentes datos tienen validez de declaración jurada.

Fecha: ____/____/____