

## CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN Y PRESENTACIÓN

### DE FICHA MÉDICA Y APTITUD FÍSICA

El que suscribe....., con D.N.I  
....., con domicilio en calle .....  
..... que me inscribo como aspirante/alumno (*tachar lo que no  
corresponda*), de la Carrera de.....  
..... de la Universidad Católica de las Misiones, a fin de participar en  
las actividades de la misma, DEJO CONSTANCIA que:

- 1) Adjunto a la presente Ficha Médica debidamente integrada y firmada.
- 2) Adjunto a la presente Constancia de Apto Físico debidamente integrado y firmado (\*).
- 3) En base a dicha documentación, integrada en parte con mis propias declaraciones, acepto encontrarme APTO, gozando de salud física para desarrollar las actividades que desarrollo en el ámbito de la universidad.
- 4) En base a las declaraciones efectuadas y a los reconocimientos médicos a que he sido sometido recientemente por profesionales de mi libre elección y confianza, asumo la responsabilidad y los riesgos intrínsecos propios de las actividades académicas, físicas y/o deportivas, eximiendo de responsabilidad a la Universidad en caso de lesión que pudiera sufrir.
- 5) Expresamente acepto de la información detallada en la presente y sus adjuntos, será válida mientras no la actualice, asumiendo la obligación de hacerlo en forma inmediata al tener conocimiento de cualquier modificación y asumiendo expresamente la responsabilidad que pueda derivarse de la falta de información actual y veraz.
- 6) Con alcance de Declaración jurada afirmo la veracidad de las manifestaciones que me corresponden y la autenticidad de las firmas de los profesionales médicos obrantes en los adjuntos.

(\*) El ítem 2) es OBLIGATORIO para los alumnos de la Licenciatura en Actividades Físicas y Deportivas y aquellos que realicen actividades deportivas en la Universidad.

Posadas, .....de ..... de 20\_\_

Firma.....

Aclaración: .....

D.N.I.: .....

**DATOS PARTICULARES**

Apellido y Nombre:	Legajo N°:
LE / LC / DNI / CI:	Estado Civil:
Domicilio:	Localidad:

**En caso de urgencia avisar a:**

Nombre:	Tel:
Nombre:	Tel:

**¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?**

<p>Nombre Obra Social.....</p> <p>N° Carnet.....</p> <p>En caso de traslado designar Sanatorio o Institución al cual desea ser derivado.....</p> <p>.....</p>
---

**FICHA MEDICA**

**SR. MÉDICO:** Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica. Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia.

**Datos Básicos:**

<b>Grupo Sanguíneo:</b> .....
-------------------------------

**Antecedentes:** (si ha padecido, Marcar con una X e indicar año de Resolución del Cuadro)

<input type="checkbox"/>	Asma bronquial	<input type="checkbox"/>	Rinitis alérgica
<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardíacas	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Vértigos o mareos
<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	Problemas emocionales
<input type="checkbox"/>	Úlcera gastroduodenal	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial
Otras:			

**Observaciones:**

.....

**¿Ha padecido alguna de las situaciones que se indican a continuación?**

(si ha padecido, Marcar con una X e e indicar año de Resolución del Cuadro

		Apendicectomía
		Amigdalectomía
		Fracturas:
		Traumatismos cráneo
		Traumatismos columna
		Transfusiones:

**¿Tiene algún problema en?:**

(si tiene problemas, Marcar con una X y explicar)

	Ojos, oídos, nariz y garganta:
	Piel:
	Sistema Cardiovascular:
	Sistema Digestivo:
	Sistema Génito Urinario:
	Sistema Osteoarticular:
	Sistema Sanguíneo:
	Otros:

Es alérgico: Si - No (Si su contestación es afirmativa indique a que y el tipo de reacción que ha tenido

.....  
.....

**VACUNAS:** (Indique última dosis)

Hepatitis B		Tétano		Polio	
Hepatitis A		Tos Convulsa		Difteria	

**Toma alguna medicación en forma regular:**

¿Cuál? ..... ¿En qué dosis?: .....

**Padece enfermedades Infecto-contagiosas:**

**Certificado de Salud**

En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un estado de salud tal, que le permite su normal desempeño como alumno en la Universidad Católica de las Misiones, y que los datos consignados en este documento son correctos.

Firma y Sello del Médico

***PARA EL ESTUDIANTE:***

Por favor, CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS. La información que Ud. proporcione será guardada confidencialmente. Esto no afectará su permanencia en la Universidad.

**CONSTANCIA DE APTO FÍSICO**

Dejo constancia que .....DNI.....  
de.....años de edad ha sido evaluado clínicamente junto a los estudios complementarios detallados a  
continuación y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas.

Observaciones:

.....  
.....  
.....

...../...../.....

Fecha

.....

Firma y sello del Médico

**ECG con valoración cardiológica:**

.....  
.....  
.....

...../...../.....

Fecha

.....

Firma y sello del Médico Especialista

**Ecocardiograma Doppler**

.....  
.....  
.....

...../...../.....

Fecha

.....

Firma y sello del Médico Especialista

**Ergometría:**

.....  
.....  
.....

...../...../.....

Fecha  
Especialista

Firma y sello del Médico