FICHA DE APTITUD PSICOFÍSICA FORMACIÓN DE GRADO-CARRERAS.

Lenguaje: _____ **Año:** _____

A: Datos a completar por el alumno:

Nombre y Apellido: _____ **Documento:** _____ **Nº:** _____

Nacionalidad: _____ **Estado Civil:** _____

En caso de emergencia avisar a: _____

Grupo y Factor sanguíneo: _____ **Edad:** _____

Peso: _____ **Talla:** _____

ANTECEDENTES: RESPONDER SI-NO EN CADA CASO

• Cefaleas	SI ☐ NO ☐	• Miopía	SI ☐ NO ☐	• Palpitaciones	SI ☐ NO ☐
• Epilepsia	SI ☐ NO ☐	• Astigmatismo	SI ☐ NO ☐	• Marcapasos	SI ☐ NO ☐
• Convulsiones	SI ☐ NO ☐	• Presión ocular	SI ☐ NO ☐	• Infartos	SI ☐ NO ☐
• Pérdida de conocimiento	SI ☐ NO ☐	• Tuberculosis	SI ☐ NO ☐	• Dolor de pecho	SI ☐ NO ☐
• Derrames cerebrales	SI ☐ NO ☐	• Alergias	SI ☐ NO ☐	• Cardiopatías	SI ☐ NO ☐
• Parálisis	SI ☐ NO ☐	• Asma Bronquial	SI ☐ NO ☐	• Presión Valor: _____	SI ☐ NO ☐
• Úlceras	SI ☐ NO ☐	• Neumonías	SI ☐ NO ☐	• Hernias	SI ☐ NO ☐
• Hepatitis	SI ☐ NO ☐	• Broncoespasmos	SI ☐ NO ☐	• Tiroides	SI ☐ NO ☐
• Enf. Renales	SI ☐ NO ☐	• Enf. Ginecológicas	SI ☐ NO ☐	• Colesterol	SI ☐ NO ☐
• Diabetes	SI ☐ NO ☐	• Gota	SI ☐ NO ☐	• Prótesis	SI ☐ NO ☐
• Amputaciones	SI ☐ NO ☐	• Malformaciones	SI ☐ NO ☐	• Meningitis	SI ☐ NO ☐
• Pérdida de fuerza:	SI ☐ NO ☐	• Desviaciones de columna	SI ☐ NO ☐		

Otras enfermedades: _____

¿Cuáles? _____ **¿Cuándo?** _____

Cirugías: _____ **¿Cuáles?** _____ **¿Cuándo?** _____

Fuma: _____ **Consume alcohol:** _____

Medicamentos que consume: _____

_____

Firma del alumno: _____ **Aclaración:** _____

FICHA DE APTITUD PSICOFÍSICA FORMACIÓN DE GRADO-CARRERAS.

Lenguaje: _____ **Año:** _____

B: ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN OBLIGATORIO COMPLETO

C: EXAMEN FÍSICO: a completar por el **MÉDICO** que lo examina y certifica la **APTITUD**

Estatura: _____ **Peso:** _____

Tensión arterial: _____ **Frecuencia cardíaca:** _____

Contextura física: delgado, mediano, pesado, obeso _____

Aparato locomotor: _____

Aparato circulatorio: _____

Aparato respiratorio: _____

Aparato digestivo: _____

Observaciones y comentarios del profesional:

Conclusión final: Habiendo examinado a _____ _____

Y teniendo vistos los informes, constancias y certificaciones que anteceden y/o se adjuntan CERTIFICO QUE A LA FECHA EL ALUMNO SI ☐ NO ☐ SE ENCUENTRA FÍSICAMENTE APTO PARA DESARROLLAR SUS ESTUDIOS TERCIARIOS Y CUMPLIMENTAR SUS OBLIGACIONES ACADÉMICAS Y SU VIDA SOCIAL DENTRO DEL ÁMBITO EDUCATIVO.

Firma, sello y matrícula: _____

D: EVALUACIÓN PSÍQUICA: a completar por el **Lic. en Psicología y/o Médico Psiquiatra** que lo examina y certifica la **APTITUD**

¿Realiza y/o realizó algún tratamiento psicológico o psiquiátrico? _____

¿Presenta alguna condición psíquica o psicológica que le impida desempeñarse como docente a cargo de alumnos menores de edad? _____

¿Presenta alguna patología de carácter irreversible y/o crónica? _____

¿Cuál? _____

¿La misma constituye un impedimento para desarrollar la profesión docente? _____

Observaciones y comentarios del profesional:

Conclusión final: Habiendo atendido a _____ _____

Y teniendo vistas las constancias y certificaciones que anteceden y/o se adjuntan CERTIFICO QUE A LA FECHA EL ALUMNO SI ☐ NO ☐ SE ENCUENTRA PSÍQUICAMENTE APTO PARA DESARROLLAR SUS ESTUDIOS TERCIARIOS Y CUMPLIMENTAR SUS OBLIGACIONES ACADÉMICAS Y SU VIDA SOCIAL DENTRO DEL ÁMBITO EDUCATIVO.

Firma, sello y matrícula: _____