



ASPIRANTES AL PROFESORADO EN EDUCACION FISICA

REQUISITOS MEDICOS DE INGRESO 2020

MÉDICO CLÍNICO:	
FICHA MEDICA (Entregada por el Dpto de Bienestar del CRUB):	Completada por el médico de cabecera del paciente indicando si existen Antecedentes de lesiones deportivas o traumáticas previas
ANÁLISIS CLÍNICOS (sangre y orina):	Hemograma, Glucemia, VDRL, Uremia, Colesterol, Test de embarazo, Hepatograma, Grupo Sanguíneo y Factor Rh
RX Torax:	Deberá Figurar su Nombre y Apellido , y estar acompañada con un Informe
ERGOMETRÍA y ELECTROCARDIOGRAMA:	Ambos Estudios deben estar con un Informe del Cardiólogo
CARNET DE VACUNACIÓN:	ESQUEMA VACUNACIÓN COMPLETO: Original y Fotocopia - si las Vacunas de Hepatitis "B" y Antitetánica no están al día, aplicarlas previo al turno de febrero
MÉDICO OCULISTA:	
CERTIFICADO OFTALMOLÓGICO:	Agudeza Visual, Visión cromática, indicando SI/NO debe usar lentes en situaciones deportivas y al aire libre
MÉDICO DENTISTA:	
CERTIFICADO BUCODENTAL:	Ficha odontológica completada por el odontólogo de cabecera del paciente. (Deberá indicar qué piezas dentales necesitan tratamiento).

El Médico de la Universidad podrá solicitar otros exámenes adicionales para mejor seguimiento y prevención de la salud del futuro alumno.

SOLICITAR TURNO A PARTIR DEL 7 DE ENERO DEL 2020, EN CONSULTORES MEDICOS ASOCIADOS DE LUNES A VIERNES DE 10 A 18:30 HS A LOS TELEFONOS 0294- 4433837 o 4521334

El día del Turno Concurrir a CONSULTORES MEDICOS ASOCIADOS, ubicado en Calle LIBERTAD 275 Esq. (Calle España), con LOS RESULTADOS DE TODOS LOS ESTUDIOS, el Certificado de inscripción a la Carrera y el DNI en mano.



UNCo
BARILOCHE

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR

Universidad Nacional del Comahue
Centro Regional Universitario Bariloche

Quintral 1250

Tel: 0294 – 4423374 / 4428505- Interno 298
departamento.bienestar@crub.uncoma.edu.ar



DATOS PERSONALES

AÑO INGRESO

2020

Apellido/s y Nombre/s _____		C.I. - D.N.I Nº _____	Edad: _____
Domicilio: _____		Localidad: _____	Pcia.: _____
Nacido en: _____		Estado Civil: _____	Tel.: _____
Trabaja?: _____	Deportes?: _____ (_____)	O Social: _____ (Nom): _____	
Arte o Hobby _____ (_____)		_____	

FICHA MEDICA completada POR SU MÉDICO DE CABECERA

ANTECEDENTES EXAMEN FISICO - Datos Positivos	Examen Clínico
A. Patológicos _____	Exámenes Clínicos: _____
A. Alérgicos-Respiratorios: _____	
A. Quirúrgicos: _____	Exámen Ortopédico: _____
A. Traumáticos: _____	Columna: _____
Presión Arterial: _____ Pulso: _____ Peso: _____ Talla: _____	Hernias / Criptorquidia: _____
Actividades Físicas Restringidas: _____ _____	LOCALIDAD: _____ Fecha: ____/____/20____,-
OBS: _____ _____	_____ Firma y sello del Profesional.