

**FICHA MÉDICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **DATOS PERSONALES** | AÑO INGRESO | **2024** |
|  |
| 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: | Examen Ortopédico: |
| A. Traumáticos: | Columna: |
| Presión Arterial: Pulso: Peso: Talla: | Hernias / Criptorquidia: |
| **Actividades Físicas Restringidas:** | LOCALIDAD: Fecha: / /20 ,-**Firma y sello del Profesional.** |
| OBS: |
|  |



**ASPIRANTES AL PROFESORADO EN EDUCACION FISICA**

**REQUISITOS MEDICOS DE INGRESO**

|  |
| --- |
| **MÉDICO CLÍNICO:** |
| **FICHA MÉDICA** (Imprimir desde la App: https://app.crub.uncoma.edu.ar/ingreso/)**.** | Completada por el **médico/a 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, GrupoSanguíneo y Factor Rh. |
| **RX Tórax:** | 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,** si 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 yal 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 o la médica podrán solicitar otros exámenes adicionales para mejor seguimiento y prevención de la salud del futuro estudiante.

Una vez que tengas TODOS los Estudios Completos CONCURRI A TU MEDICO para que complete el CERTIFICADO DEL APTO MEDICO Y LA FICHA MEDICA. Concurrir con ambos al Dpto. de Asuntos Estudiantiles para finalizar el trámite de inscripción a la carrera.

La FECHA LIMITE para PRESENTARLOS es el 16/02/2024



**CERTIFICADO APTO MÉDICO**

**(A completar por el/la profesional)**

Luego de analizar los resultados de los estudios médicos solicitados por el Centro Regional Universitario Bariloche (Universidad Nacional del Comahue) para el ingreso al Profesorado de Educación Física, certifico que……………………………………………………………………………….… ……………..DNI……………………………

Se encuentra APTO/APTA para la realización de actividades físicas y deportivas.

Observaciones adicionales:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

Firma:

Sello:

Lugar y Fecha: