



FICHA DE ANTECEDENTE MÉDICOS PARA INGRESANTES A TECNICATURAS Y OFICIOS DEL INSTITUTO TÉCNICO TURNO NOCHE 2024

Apellido y Nombre:..... D.N.I.....

FN:(dd/mm/aaaa).....Domicilio:.....

Mail de contacto:Cel.

Obra social/Prepaga/:.....

Si NO CUENTA CON COBERTURA DE SALUD. Solicite información de la cobertura de salud que ofrece la Universidad Nacional de Tucumán para los estudiantes tanto de Facultades como del Instituto Técnico turno noche mediante ASPE (Acción Social Para Estudiantes - UNT). Cito en calle Jujuy 457.

En caso de accidente en horario del turno noche, (EN ITINERE O EN LA INSTITUCIÓN) a quien se llama, (designar por lo menos dos (2) referentes adultos (y que sepan que fueron nominados por Ud. como contacto por emergencia - accidente):

Referente 1: Nombre y Apellido.....cel.....

Referente 2: Nombre y Apellido.....cel.....

1) ANTECEDENTES

• GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR RH:

• ALÉRGICO/A A (medicamentos, alimentos, etc.):.....

¿Tiene diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades? (ACLARE SI O NO)

DTB.....(TIPO)..... ASMA O SBOR ALTERACIÓN DE LA COAGULACIÓN.....

HERNIAS..... HIPOTIROIDISMO..... HIPERTENSIÓN ARTERIAL..... EPOC.....

ALERGIAS.... (ESPECIFIQUE A QUE, EN CASO DE TENER, EJ. POLVILLO, ASERRÍN, etc).....

EPILEPSIA O CONVULSIONES..... ENFERMEDADES CARDIACAS.....

TIENE MARCAPASOS.....ENFERMEDADES RESPITRATORIAS.....

ENFERMEDADES EN LA PIEL.....

OTRA ENFERMEDAD QUE CONSIDERE PARA SUS ACTIVIDADES EN EL TALLER



En caso de necesitar algún **tratamiento médico crónico** especifique el mismo:.....

¿Tiene alguna **discapacidad o condición**? SI - NO.....

¿Cuál?.....

¿Cuenta con Certificado Único de Discapacidad (CUD)? SI - NO..... (Adjuntar copia si correspondiera).

¿Consume drogas bajo prescripción médica? ejemplo (cannabis medicinal)..... (SI o NO),

inscr. Nacional..... (SI o NO) ¿Padece de vértigos? (SI o NO),

¿Padece de ataques de Pánico? (SI o NO)

¿Padece de dolores o trastornos en columna vertebral? (Lumbar, etc.) especifique

¿Padece problemas auditivos? (SI O NO), ¿Tiene audífonos?,..... (SI O NO).

Dietas especiales:.....

Antecedentes quirúrgicos:.....

Realiza o realizó tratamiento psicológico..... o psiquiátrico? (SI - NO.)

Diagnóstico/motivos:.....

Antecedentes familiares de importancia:.....

Estado de las inmunizaciones para la edad según calendario nacional: completo - incompleto

.....

Observaciones /recomendaciones:.....

A la fecha se encuentra APTA/O para realizar actividad física no competitiva, acorde a edad y sexo, supervisada por responsable: SI – NO.....

.....
FECHA

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE



EVALUACIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, AUDITIVA Y AUDIOMETRÍA

(otorrinolaringólogo).....

EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA (certificada por fonoaudiólogo):.....

.....
.....

EVALUACIÓN DE COLUMNA VERTEBRAL Y MARCHA (traumatólogo):.....

.....
.....

<p>EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Observaciones:.....</p> <p>.....</p> <p>Fecha de próxima cita si corresponde:.....</p> <p>Firma y sello del Odontólogo:</p> <p>Fecha:</p>	<p>EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA:</p> <p>AV:.....</p> <p>OD:.....OI:.....Corrección:.....</p> <p>Visión cromática:.....</p> <p>Campo visual (confrontación):.....</p> <p>Daltonismo..... (Si o No)</p> <p>Observaciones:.....</p> <p>.....</p> <p>Firma y sello del Oftalmólogo:</p> <p>Fecha:</p>
--	---