

SOLAMENTE PARA CARRERAS PRESENCIALES

DATOS PERSONALES (Completar por el interesado en letra imprenta mayúscula)

GRUPO SANGUÍNEO:

Facultad:

Carrera:

SEDE:

Apellido y Nombre:

DNI N°:

Obra Social

Edad:

Ciclo Lectivo:

Remita escaneado o fotografiado por correo electrónico a telesalud@umaza.edu.ar la siguiente documentación:

- a) EL PRESENTE FORMULARIO 0218 COMPLETO, FIRMADO Y SELLADO POR EL MÉDICO.
b) CARNET DE VACUNAS.
c) CUD (en caso que lo tuviera).

a- ESTUDIOS SUGERIDOS PARA TODAS LAS CARRERAS:

1- CARDIOLOGÍA

- ✓ Electrocardiograma
- ✓ Ergometría
- ✓ Ecocardiograma (optativo)

2- RADIOLOGÍA

- ✓ RX Tórax frente y perfil
- Más RX columna cervical y lumbosacra/F y P
(sólo Educación física)

3- LABORATORIO

- ✓ Hemograma
- ✓ Glucemia
- ✓ Uremia
- ✓ Orina completa

4- OTORRINOLARINGOLOGÍA
(sólo Profesores y locución)

b- REGISTRO VACUNAS

DT Fecha colocación:

VACUNA HEP.B

Fecha 3 dosis:

c- ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES

¿Toma alguna medicación?Cuál:

d- COMPLETAR POR PROFESIONAL ACTUANTE

Acorde a/con los estudios presentados:

SE OTORGA EL APTO
PSICO FÍSICO

"paciente apto
psicofísico para realizar
estudios de nivel
Universitario"

SÍ

☐

NO

☐

Observaciones:

Firma y sello profesional
FECHA: / /20

Ante cualquier modificación en su estado de salud, el estudiante dará conocimiento a telesalud@umaza.edu.ar