

**FOR  
0218**UNIVERSIDAD  
**MAZA****APTO FÍSICO**

<b>DATOS PERSONALES</b> (Completar por el interesado en letra imprenta mayúscula)				<b>GRUPO SANGUÍNEO:</b>				
<b>Facultad:</b>		<b>Carrera:</b>		<b>SEDE:</b>				
<b>Apellido y Nombre:</b>			<b>DNI N°:</b>					
<b>Obra Social</b>			<b>Edad:</b>		<b>Ciclo Lectivo:</b>			
<b>Remita escaneado o fotografiado por correo electrónico a <a href="mailto:telesalud@umaza.edu.ar">telesalud@umaza.edu.ar</a> la siguiente documentación:</b> a) EL PRESENTE FORMULARIO 0218 COMPLETO, FIRMADO Y SELLADO POR EL MÉDICO. b) CARNET DE VACUNAS. c) CUD (en caso que lo tuviera).								
<b>a- ESTUDIOS REQUERIDOS PARA TODAS LAS CARRERAS: (1, 2 y 3)</b>								
<b>1- CARDIOLOGÍA</b>			<b>2- RADIOLOGÍA</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Electrocardiograma <input checked="" type="checkbox"/> Ergometría			<input checked="" type="checkbox"/> RX Tórax frente y perfil  Más RX columna cervical y lumbosacra/F y P <b>(sólo Educación física)</b>					
<b>3- LABORATORIO</b>			<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma		<input checked="" type="checkbox"/> Colesterol		<input checked="" type="checkbox"/> Reacción de Huddleson ( <b>SÓLO CARRERA VETERINARIA</b> )	
			<input checked="" type="checkbox"/> Glucemia		<input checked="" type="checkbox"/> Triglicéridos			
			<input checked="" type="checkbox"/> Uremia		<input checked="" type="checkbox"/> Creatinina			
			<input checked="" type="checkbox"/> VDRL		<input checked="" type="checkbox"/> Uricemia		<input checked="" type="checkbox"/> Ac anti HIV (Optativo y Voluntario)	
			<input checked="" type="checkbox"/> Chagas Ac totales		<input checked="" type="checkbox"/> Orina completa			
<b>4- OTORRINOLARINGOLOGÍA (Obligatorio sólo Profesorados y locución)</b>								
<b>b- REGISTRO VACUNAS</b>								
<b>DT</b>	Fecha colocación	Fecha Vto	<b>VACUNA HEP.B</b>	Fecha 3 dosis	Fecha Vto	<b>AC ANTI HEP B</b>	Vto	
<b>COVID-19:</b>	<b>1ª dosis</b>	Fecha:		<b>2da dosis</b>	Fecha:			
<b>c- ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES</b> (Marque con una cruz)				<b>NO POSEE ENFERMEDAD PREEXISTENTE</b>				
Hipertensión		Trasplantes		Epilepsia				
Diabetes		Enfermedades cardíacas		Trastornos de coagulación				
EPOC y tabaquismo		Celiaquía		Hipotiroidismo/hipertiroidismo				
Inmunosupresión		Obesidad						
Otras								
¿Toma alguna medicación? Cuál:								
<b>COMPLETAR POR PROFESIONAL ACTUANTE</b>								
<b>Visto los estudios requeridos:</b>								
<b>SE OTORGA EL APTO FÍSICO</b> (Marque con una cruz)		<b>SI</b>	<b>Observaciones:</b>				Firma y sello profesional FECHA: / /20	
		<b>NO</b>						
Ante cualquier modificación en su estado de salud, el estudiante dará conocimiento a <a href="mailto:telesalud@umaza.edu.ar">telesalud@umaza.edu.ar</a>								