

**FOR
0218**UNIVERSIDAD
MAZA**APTO PSICO - FÍSICO**

DATOS PERSONALES (Completar por el interesado en letra imprenta mayúscula)				GRUPO SANGUÍNEO:				
Facultad:		Carrera:		SEDE:				
Apellido y Nombre:				DNI Nº:				
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 REQUERIDOS PARA TODAS LAS CARRERAS: (1, 2 y 3)								
1- CARDIOLOGÍA			2- RADIOLOGÍA					
<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 (sólo Educación física)					
3- LABORATORIO			<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma <input checked="" type="checkbox"/> Glucemia <input checked="" type="checkbox"/> Uremia <input checked="" type="checkbox"/> VDRL <input checked="" type="checkbox"/> Chagas Ac totales		<input checked="" type="checkbox"/> Colesterol <input checked="" type="checkbox"/> Triglicéridos <input checked="" type="checkbox"/> Creatinina <input checked="" type="checkbox"/> Uricemia <input checked="" type="checkbox"/> Orina completa		<input checked="" type="checkbox"/> Reacción de Huddleson (SÓLO CARRERA VETERINARIA) <input checked="" type="checkbox"/> Ac anti HIV (Optativo y Voluntario)	
4- OTORRINOLARINGOLOGÍA (Obligatorio sólo Profesorados y locución)								
b- REGISTRO VACUNAS								
DT	Fecha colocación	Fecha Vto	VACUNA HEP.B	Fecha 3 dosis	Fecha Vto	AC ANTI HEP B	Vto	
COVID-19:	1ª dosis	Fecha:		2da dosis	Fecha:			
c- ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES (Marque con una cruz)				NO POSEE ENFERMEDAD PREEXISTENTE				
Hipertensión		Trasplantes		Epilepsia				
Diabetes		Enfermedades cardíacas		Trastornos de coagulación				
EPOC y tabaquismo		Celiaquía		Hipotiroidismo/hipertiroidismo				
Inmunosupresión		Obesidad						
Otras								
¿Toma alguna medicación? Cuál:								
COMPLETAR POR PROFESIONAL ACTUANTE								
Visto los estudios requeridos:								
SE OTORGA EL APTO PSICO FÍSICO (Marque con una cruz)		SI	Observaciones:				Firma y sello profesional FECHA: / /20	
		NO						
Ante cualquier modificación en su estado de salud, el estudiante dará conocimiento a telesalud@umaza.edu.ar								