



Instituto Superior Santa Cata

Av. Leandro N. Alem N°3220 - Posadas. Misiones - Teléfono

FICHA MÉDICA – 2027

ALUMNO/A:

Apellido/s y Nombre/s:

Legajo N°:

D.N.I:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Domicilio:

Teléfono/s:

Carrera/Curso:

Turno:

Grupo sanguíneo

Factor:

Talla (en cm):

Peso:

Obs.:

Evaluación Clínica

Indique con una **X** en la celda correspondiente, si el/la Alumno/a

a) padece o no:

SÍ

NO

Observaciones

Diabetes

Enfermedad celíaca

Epilepsia

Convulsiones

Desmayos

Asma

Alergia

Tipo:

Especificar elementos y/o medicamentos:

Enfermedades cardíacas

Especificar:

Hipertensión arterial

Tuberculosis

Trastorno motriz

Grado:

Trastorno visual

Usa anteojos:

Trastorno auditivo

Usa audífono:

Trastorno postural

Especificar:

Otra/s patología/s

Especificar:

Vacunación contra el Covid 19

Ninguna() Una dosis() Dos dosis() Más()

b) ha padecido en el lapso indicado:

SÍ

NO

Observaciones

Hepatitis (últimos 60 días)

Tipo:

Sarampión (últimos 30 días)

Parotiditis (últimos 30 días)

Mononucleosis infecciosa (últimos 30 días)

Fractura/s (últimos 60 días)

Especificar ubicación:

Esguince/s, luxaciones (últimos 60 días)

Especificar ubicación:

¿Ha cursado por la enfermedad COVID 19?

c) recibe medicación

Especificar medicación:

d) ha sido intervenido quirúrgicamente

Especificar intervención/es y fecha/s:



Instituto Superior Santa Cata

Av. Leandro N. Alem N°3220 - Posadas. Misiones - Teléfono

Evaluación - Salud Mental y Bienestar Emocional

Indique con una **X** en la celda correspondiente.

	SÍ	NO	Observaciones
¿ Tiene diagnóstico de alguna condición relacionada con la salud mental?			Especifique:
¿ Está recibiendo actualmente apoyo psicopedagógico, psicológico o psiquiátrico?			Especifique:
¿ Está tomando algún medicamento relacionado con la salud mental?			Especifique:

APTITUD FÍSICA PARA EL CICLO LECTIVO 2027:	SÍ	NO
--	----	----

PROFESIONALES INTERVINIENTES:	ESTUDIANTE
	Apellido y Nombres:
----- Firma y Sello	
----- Firma y Sello	----- Firma