CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

**Datos Personales:** **Legajo N°**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Año de Ingreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ D.N.I. N°:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Factor RH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD**

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI – NO

¿Cuál?...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

¿Ha sido operado? SI- NO ¿De qué?…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?** SI – NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

La alergia se debe a:……………………………………………………………………………. No sabe:……………………………

¿Recibe tratamiento permanente? SI – NO

1. **TRATAMIENTOS:**

¿Recibe tratamiento médico? SI – NO Especifique:…………………………………………………………………………

¿Psicológico? SI – NO

¿Presenta alguna limitación física? SI – NO Aclaración:…………………………………………………………………..

Otros problemas de salud:………………………………………………………………………………………………………………

1. **ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO:**

………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………..

**Firma del estudiante:**……………………………………….

1. **ANTECEDENTES DE LESIONES:**

SI NO ¿De qué tipo?..............................................................................................................................

1. **EN CASO DE EMERGENCIAS COMUNICARSE CON:**

Nombre y Apellido:……….................................................................................................……………………

Relación: ...............................................................Teléfonos:………......................................................

Declaro que los datos consignados son correctos.

Gral. Alvear, Mendoza,……….de……………………………………….de…………………………

FIRMA: ………………………………….…..…..………

ACLARACIÓN: …………………….……….….………

DNI N°:……………………………….…………..………

## CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

Quien suscribe, certifica que ………………………………………………………………………………………, DNI N°…………………………………………………………, se encuentra en condiciones psicofísicas de realizar estudios de nivel superior.

…………………………………………………,………………de……………………………de…………………

…………………………………………………………

Firma y sello Médico