

**Información del  
estudiante**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Carrera \_\_\_\_\_  
Obra Social \_\_\_\_\_  
Fecha y centro médico donde se realiza esta evaluación \_\_\_\_\_

**Antecedentes**

Padezco de enfermedades cardiovasculares diagnosticadas	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Tengo diagnóstico de hipertensión arterial	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Estoy bajo tratamiento médico continuado con medicamentos en la actualidad.	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Tengo diagnóstico de enfermedades oculares que afecten mi visión.	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Sufro de dificultades auditivas significativas	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Experimento vértigo, alteraciones de equilibrio, mareos o desmayos recurrentes.	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Tengo diagnóstico de enfermedades neurológicas	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>

Observaciones: \_\_\_\_\_

Esta declaración jurada se emite conforme a mi estado de salud actual y para los fines que corresponda. Declaro bajo juramento que la información relacionada con mi estado de salud que he proporcionado es verdadera.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

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

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Carrera \_\_\_\_\_

Obra Social \_\_\_\_\_

Fecha y centro médico donde se realiza esta evaluación \_\_\_\_\_

**Valores Clínicos**

Hemograma

Glucemia

Hepatograma

Urea

Creatinina

Orina Completa

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Electrocardiograma**

Conclusiones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Radiografía de Tórax**

Conclusiones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Según los exámenes practicados, considero que el / la estudiante: Se encuentra APTO clínicamente SI / NO para estudiar una carrera de formación docente.  
(Tachar lo que no corresponda)

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del  
médico/a

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

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

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Carrera \_\_\_\_\_

Obra Social \_\_\_\_\_

Fecha y centro médico donde se realiza esta evaluación \_\_\_\_\_

**Esfera psíquica**

¿Frecuenta algún espacio terapéutico? Si  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Continúa? \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Según los exámenes practicados, considero que el / la estudiante: Se encuentra APTO Psicologicamente SI / NO para estudiar una carrera de formación docente.  
(Tachar lo que no corresponda)

\_\_\_\_\_  
**Firma y sello del  
profesional**

\_\_\_\_\_  
**Lugar y fecha**