

CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD: TECNICATURA SUPERIOR EN ENFERMERÍA

Fecha:...../...../.....

Apellido y Nombre..... D.N.I. Nº:..... Fecha Nacimiento:/...../.....

Edad:..... Sexo:..... O. Social:..... En caso de emergencia contactar al teléfono.....

1. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Cirugías:

Cardiovasculares:

Trauma C/ alt .funcional:

Alergias (especificar):.....

.....

Oftalmológicos:.....

Auditivos:.....

Diabetes:.....

Asma:.....

Chagas:..... Hipertensión:.....

Neurológico:.....

Otros:.....

2. CONDICIONES DE RIESGO:.....

.....

.....

3. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:

.....

.....

.....

.....

4. VACUNACION: (Adjuntar fotocopia ambos carnet)

	SÍ	NO
Carnet completo		
Covid		

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

.....

.....

EXAMEN FÍSICO

Peso.....Talla.....

EXAMEN CARDIOVASCULAR- (adjuntar informe de electrocardiograma)

Arritmia:.....

Soplos.....

EXAMEN OSTEOARTICULAR - Adjuntar informe de placas Tórax, Columna Lumbosacra (frente y perfil) y Cervical (frente y perfil)

Columna Nor. Cif. Lord. Esc

Miembros Sup.

Miembros Inf.

EXAMEN PSICOLÓGICO

INFORME:.....

.....

.....

.....

.....

.....
Firma y sello del Médico Psicólogo

.....
Firma Estudiante

.....
Firma y sello del Médico

