

CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD PROFESORADO DE INGLÉS

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:

.....
.....
.....
.....

EXAMEN FÍSICO

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

EXAMEN CARDIOVASCULAR (adjuntar informe electrocard)

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