



PROVINCIA DEL CHACO  
Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología  
INSTITUTO SUPERIOR DEL PROFESORADO DE ENSEÑANZA ARTÍSTICA – DANZA y TEATRO  
“Prof. María Angélica Pellegrini”  
Avenida Castelli 62 – 3500 – Resistencia – (Chaco) – Teléfono: 0362 4572467 -  
E-mail: ispea.informa@yahoo.com.ar

## FICHA MÉDICA

(Completar solo por el/los médicos)

Solicitamos al profesional interviniente considerar que el portador de esta ficha, deberá realizar diferentes pruebas de rendimiento físico, algunos con niveles de exigencias moderados y otros de exigencia alta. Por lo tanto, es necesario para la Institución que pueda certificarse el nivel de aptitud física del alumno.

Apellido y Nombres del/la Alumno/a.....

LE/LC/DNI/CI..... Estado Civil.....

Domicilio:..... Localidad.....

¿Está afiliado a alguna obra social o seguro médico? ¿Cual?.....

N° de Contacto..... N° de afiliado.....

En casos de urgencias avisar a:

Nombre..... Teléfono.....

Nombre..... Teléfono.....

### DATOS BASICOS

Edad: ..... Grupo Sanguíneo: .....

Peso: ..... Talla: .....

Observaciones.....

### Ha padecido o padece en la actualidad

Asma Bronquial..... Ulcera gastroduodenal.....

Fiebre reumática..... Diabetes.....

Enfermedades Cardíacas..... Convulsiones.....

Epilepsia ..... vértigo o mareos.....

Dolores de cabeza severos..... Hipertensión Arterial.....

Hernias..... Fracturas.....

Traumatismos Cráneo..... Traumatismos de columna.....

Otros traumatismos .....

Esguinces..... Desgarros.....

Distensiones..... Contracturas severas.....

Artritis..... Artrosis.....

Hernia de Disco..... Osteoporosis.....

Problemas de columna..... En caso afirmativo describa cuales.....  
.....

Cirugías relacionadas con lo antes mencionado.....  
.....

Por cada sí indique fechas y explique si las mismas implican algún impedimento para la realización de actividades corporales de alto impacto .....

Está embarazada..... Si lo estuviera deberá presentar Certificado médico competente que garantice que está apta para realizar las actividades físicas correspondientes a la Carrera en la cual se inscribe. Este certificado debe dar seguridad de que no cursa un embarazo de alto riesgo.

Es alérgico a:

Medicamento..... Alimentos.....

Otros.....

Si su contestación es afirmativa, informe el nombre y tipo de reacción .....

Vacunas

Indique que vacunas tiene aplicadas .....

Toma alguna medicación en la actualidad .....

Si su contestación es afirmativa indique cual y la dosis.....

### **CERTIFICADO DE SALUD**

En mi calidad de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un estado de salud que le permite realizar las actividades físicas correspondientes a la Carrera para la cual se inscribe. Asimismo, certifico que no padece enfermedades infectocontagiosas ni presenta incapacidades psico-físicas que afecten tales actividades y que los datos consignados en esta ficha son correctos.

Firma y sello del médico.....

Esta ficha debe venir acompañada de los estudios correspondientes de sangre, orina, radiografías y/o cualquier otro estudio que el Médico considere necesario. La ficha deberá ser completada y certificada por Médico de Salud pública.