



Instituto Superior Santa Lucía

Av. Italia 212 - (3440) Santa Lucía, Corrientes, Argentina
Contacto: www.isslucia.com
isslucia@hotmail.com
Facebook: Iss Lucia

FICHA DE RECONOCIMIENTO MEDICO DE APTITUD FÍSICA CICLO LECTIVO.....

APELLIDO/S Y NOMBRE/S:		
DNI N°	NACIONALIDAD:	GÉNERO: F M
FECHA DE NACIMIENTO (/ /): EDAD:		
DIRECCIÓN:	CÓDIGO POSTAL:	
LOCALIDAD:		
CELULAR(con prefijo local):	WHATSAPP:	
CORREO ELECTRÓNICO:		

ISFD Santa Lucia	
- RECTOR: Profesor Diego A. Heine	
- DIRECCIÓN: Avenida Italia 212	CÓDIGO POSTAL: 3440
- LOCALIDAD: Santa Lucia	

FICHA MÉDICA	
GRUPO SANGUÍNEO:	
¿CUENTA CON ALGUNA COBERTURA MÉDICA Y/O SEGURO ? SÍ NO	
En caso afirmativo, especificar lo siguiente:	
¿CUÁL?: N° DE AFILIADO:	
TELÉFONO DE EMERGENCIAS:	



Instituto Superior Santa Lucía

Av. Italia 242 - (3440) Santa Lucía, Corrientes, Argentina
Contacto: www.isslucia.com
isslucia@hotmail.com
Facebook: Iss Lucía

¿HA TENIDO O TIENE ALGUNO DE ESTOS PADECIMIENTOS?

En caso afirmativo, marcar con una X y especificar de ser necesario:

ASMA	()	DIABETES	()
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	()	EPILEPSIA	()
ENFERMEDADES CARDÍACAS	()	CONVULSIONES	()
ENFERMEDADES GÁSTRICAS	()	HERNIAS	()
HEPATITIS	()	CELIAQUISMO	()
ANEMIAS	()	DOLOR DE CABEZA SEVERO	()
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	()	PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS	()
HIPOTENSIÓN ARTERIAL	()	FRACTURAS Y/O TRAUMATISMOS EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS	()

ALGUNA OTRA ENFERMEDAD:

OBSERVACIONES / ESPECIFICACIONES:

¿HA PADECIDO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? SÍ NO

En caso afirmativo, especificar.

¿CUÁL?:

¿PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SÍ NO

En caso afirmativo, especificar:

- ALIMENTOS:

- MEDICAMENTOS:

- FACTORES AMBIENTALES:

- OTROS:

¿CUENTA CON CALENDARIO DE VACUNACIÓN COMPLETO? SÍ NO

COVID-19 1º: SÍ __/__/____ NO

(En caso afirmativo, indicar fecha de aplicación)

COVID-19 2º: SÍ __/__/____ NO

(En caso afirmativo, indicar fecha de aplicación)

¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO

En caso afirmativo, especificar.



Instituto Superior Santa Lucía

Av. Italia 242 - (3440) Santa Lucía, Corrientes, Argentina
Contacto: www.isslucia.com
isslucia@hotmail.com
Facebook: Iss Lucía

¿CUÁL?:

¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA QUE REQUIERA ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN ESPECIAL? SÍ NO

En caso afirmativo, especificar.

¿CUÁL?

OTROS DATOS QUE CONSIDERE DE INTERÉS:

Por lo Antes expuesto certifico que el alumno/a.....DNI.....
de..... años de edad se encuentra al momento del examen, apto para realizar actividades académicas de nivel superior.

Lugar y Fecha_____

Firma y aclaración del Ingresante

Firma y aclaración del Profesional Médico

OBLIGATORIO: Sello de Salud Pública