

FICHA MEDICA DE SALUD. 1º AÑO

Apellido y nombre/s.....
 Tipo y Nº de documento..... Legajo Nº Matrícula.....
 Calle..... Nº..... Barrio.....
 Localidad..... Provincia..... Nº de Tel./Celular.....
 Lugar de Nacimiento (Localidad y Pvcia)..... Fecha de Nac.
 Carrera..... Curso/ División/ Turno.....
 Obra Social a la que pertenece..... Nº de Afiliado.....

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

Apellido y nombre/s.....Parentesco
 Calle..... Nº..... Barrio.....
 Localidad..... Provincia..... Nº de Tel./Celular.....

ANTECEDENTES

1. Vacunaciones

	SI	NO	IGNORA
B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ref. Antitetánica (consignar fecha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Antecedentes Patológicos

	TUVO	TIENE	FECHA APROX.
- Asma			
- Desmayo			
- Convulsiones			
- Epilepsia			
- Sinusitis			
- Hepatitis			
- Bronquitis			
- Laringitis			
- Afecciones Cardíacas			
- Afecciones de oídos			
- Problemas óseos			
- Problemas articulares			
- Hemorragias			
- Dolores de cabeza			

3. Alergias

Tipo o grado

- Comidas	
- Medicamentos	
- Antibióticos	
- Insectos	
- Otros:	

4. Intervenciones Quirúrgicas

Nombre	Fecha	Obs

5. Durante la actividad física sufrió/e:

SI NO

- Cansancio extremo		
- Falta de aire		
- Pérdida de conocimiento		
- Palpitaciones		
- Precordalgias		
- Cefaléas		
- Vómitos		

6. Medicamentos no prescritos

TIPO

SI NO

- Estimulantes		
- Anabólicos		
- Esteroides		

7. Medicamentos prescritos

NOMBRES

OBSERV.

8.

- GRUPO SANGUINEO	
- FACTOR RH	

9. Otras enfermedades que considere mencionar:

NOMBRES TUVO TIENE FECHA APROX.

NOMBRES	TUVO	TIENE	FECHA APROX.

10. Estudios con los que debe concurrir a la revisión médica

EXAMEN FISICO

Peso: Talla:

Examen Bucal

	SI	NO
Faltan Piezas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exámen Oftalmológico

Agudeza Visual	Der:.....	Izq:.....
	SI	NO
Usa anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exámen Piel y T.C.S.C.

- Examen cabeza y cuello
- Auscultación
- Frecuencia Cardíaca
- Tensión Arterial
- Examen Respiratorio
- Examen Abdomen
- Examen Genitourinario
- Examen Osteoarticular
- Examen Neurológico

	REPOSO	2º EJERCICIO	RECUP.
- Examen cardiovascular			

COLUMNA VERTEBRAL	Normal	Cif.	Lord.	Esc.
- Miembros Superiores				
- Miembros Inferiores				

Si se indican exámenes complementarios, especificar e informar al final el resultado de los estudios

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA CLÍNICA		
Normal	Derivado a:	Debe volver:
Observaciones (si recomiendan otros exámenes complementarios, otros tratamientos particulares o cuidado especial)		

CONSTE que atendí a DNI
de años de edad y que se encuentra clínicamente en buen estado de salud al día de la fecha, pudiendo participar de las actividades programadas por la institución.

Firma del médico:

Sello:

Lugar y fecha.....

NOTIFICADO

Firma:².....

Firma:

Aclaración:

Aclaración:

D.N.I:

D.N.I:

Lugar y fecha.....

A. Informe de Laboratorio de análisis clínicos:

CITOLÓGICO COMPLETO (Eritrosedimentación, Uremia, Glucemia, Orina Completa, Machado Guerrero, VDRL, fórmula leucocitaria, Wasserman). Dicho laboratorio debe estar completo y NO PUEDE PRESENTAR MÁS DE 60 DIAS de realizado al momento de la revisión médica.

B. Radiografías con informe e identificación plomada o computarizada (Rx Torax) Columna Lumbosacra (frente y perfil), Columna Cervical (frente y perfil).

C. Informe Oftalmológico y ORL: Audiometrías y estudios de ojos.

D. Informe Psicológico.

E. Informe Odontológico.

F. Electrocardiograma y Ergometría.

G. Firmar y entregar esta hoja junto a la ficha médica.

DECLARO BAJO JURAMENTO que, en base a mi leal conocimiento, todos los datos arriba proporcionados son correctos, asumiendo plena responsabilidad por las consecuencias que pudiese ocasionar cualquier error cometido en el llenado de esta ficha.

ME COMPROMETO además a comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados, en forma inmediata. Asimismo dejo expresa constancia que **AUTORIZO** a la Dirección del instituto (o a quien ésta designe) a hacer asistir a/la titular de estos datos, por personal médico clasificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

Firma:¹.....

Firma:

Aclaración:

Aclaración:

D.N.I:

D.N.I:

Lugar y fecha.....



REQUISITOS

QUALITY ISAD (FUNDACIÓN QUALITY) es un instituto de formación técnica y docente. En el área técnica las carreras dictadas corresponden a Periodismo Deportivo, Musculación, Estética y Desarrollo de Software, con una duración de dos a tres años dependiendo la carrera, obteniéndose el título de Técnico Superior en el área elegida. Para la formación docente la carrera es Profesorado de Educación Física con una duración de cuatro años, con la obtención del título de Profesor.

QUALITY ISAD (FUNDACIÓN QUALITY) otorga títulos terciarios de alcance nacional, por estar adscripto a la enseñanza oficial por resolución 0240/09 de DGIPE de la provincia de Córdoba.

Para el logro del título, correspondiente a la carrera elegida, se debe cursar y aprobar la totalidad de las materias dispuestas por el plan de estudios, que en vigencia corresponde dictar.

El Instituto **QUALITY ISAD** (FUNDACIÓN QUALITY) otorgará el correspondiente diploma y certificado analítico al egresado el que llevará las firmas y sellos de las autoridades designadas al momento de la emisión y los enviará a DGIPE para la correspondiente firma de la inspección de zona y el directora/a de dicha dependencia. Así los títulos son avalados por dicha dirección obteniendo el carácter de terciario y oficial. El costo del trámite de la graduación estará a cargo del alumno y será fuera de lo pactado para el cursado.

El aspirante deberá saber y completar en tiempo y forma los papeles para el legajo. Los que serán:

- 2 fotos carnet
- Fotocopia D.N.I (primera y segunda hoja debidamente legalizada)
- Partida de nacimiento autenticada.
- Certificado de Buena Conducta
- Analítico de estudios anteriores completos y legalizados. Para el caso de los estudiantes que adeuden materias podrán matricularse, pero deberán aprobar la totalidad de las materias adeudadas hasta el 30/07 de ese mismo año. Quienes no cumplimenten con esta resolución pierden automáticamente lo cursado.

Para mayores de 25 años que no hayan completado el nivel anterior podrán acceder a una prueba de aptitud en el marco de la Res. Ministerial 25/02 Art. Segundo y Resolución DEMyS 128/02.

- Certificado de Buena Salud y apto médico que los aspirantes deberán obtener de un médico o institución de su elección y confianza. El profesional responsable además deberá completar la Ficha Médica de Salud para Educación Física, provista en este acto por QUALITY ISAD (FUNDACIÓN QUALITY), debiendo el aspirante reconocer al pie o dorso del certificado y ficha, que son auténticos y fueron expedidos por el profesional que le efectuó el estudio y revisión completa, liberando de este modo de toda responsabilidad a QUALITY ISAD (FUNDACIÓN QUALITY). Con relación al presente requisito queda aclarado que el aspirante no podrá realizar ninguna actividad dentro de las instalaciones de QUALITY ISAD (FUNDACIÓN QUALITY), hasta tanto haya presentado el siguiente certificado.

- Queda expresamente establecido que es por cuenta y riesgo del aspirante y/o alumno todo tipo de enfermedad, lesiones o daño a la salud física provocadas y/o como consecuencia de la práctica deportiva y/o actividades y/o ejercicios prácticos en sí mismos, las que son asumidas como riesgo físico propios de las referidas actividades que realicen, estando liberados de toda responsabilidad tanto QUALITY ISAD (FUNDACIÓN QUALITY), como sus profesores y/o dependientes. -

Firma:

Aclaración:

D.N.I:

Lugar y fecha