

(sólo para TECNICATURAS del ISAD)

DATOS DEL ALUMNO:

Apellido:	Tecnatura:	
Nombre:	Modalidad (presencial):	
Domicilio:	Turno:	
DNI:	CEL:	Mail:

Dado que la información del presente cuestionario es muy importante, revisa el carácter de "declaración jurada", por lo que el alumno asume exclusiva y excluyente responsabilidad de lo expuesto a continuación. Ante cualquier eventualidad relacionada con problemas de salud diferentes a los declarados que delaten algún tipo de ocultamiento o falsa información serán causa suficiente para dejar al instituto exento de toda responsabilidad.

Será necesario además de completar esta ficha médica realizar un electro cardiograma (ISG)

Para completar su legajo individual el alumno deberá presentar:

- **Fotocopia Documento Nacional de Identidad**
- **Ficha Médica**
- **Adjunto Electrocardiograma (ECG)**

Para completar por el PACIENTE

1) ANTECEDENTES FAMILIARES. Completar con una X o con información cuando corresponda.

Padecieron o padecen:	PADRES	HERMANOS	ABUELOS	OTROS FLIARES
Enfermedades de Corazón				
Enfermedades Neurológicas				
Diabetes				
Epilepsia				
Alergias				
Trastornos Psiquiátricos				
Elevación de la tensión arterial				
Tuberculosis				
Obesidad				
Otra: ¿Cuál?				
¿Falleció? Causa				

2) ANTECEDENTES PERSONALES- Completar con una X o con información cuando corresponda.

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿Nació a término?			BCG		
¿Fue parto normal?			DOBLE		
¿Fuma?			TRIPLE		
¿Ingiera Alcohol?			ANTITETÁNICA		
¿Practica deporte?			SABÍN		

3) DURANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA SUFRIÓ/E: Completar con una X SÍ NO

Cansancio extremo	
Falta de Aire	
Pérdida de conocimiento	
Palpitaciones	
Precordalgias	
Cefaleas	
Vómitos	



I . S . A . D .

FICHA MÉDICA

(sólo para TECNICATURAS del ISAD)

Para completar por el PROFESIONAL MÉDICO:

EXAMEN FÍSICO GENERAL					
Peso Actual	Estatura	Grupo sanguíneo	Factor RH	Tensión Arterial:	Pulso

EXAMEN BUCODENTAL:

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

EXAMEN DE PIEL:

EXAMEN CABEZA Y CUELLO:

AUSCULTACIÓN:

EXAMEN RESPIRATORIO (Pico Flujo - Saturación de Oxígeno):

EXAMEN DE ABDOMEN:

EXAMEN GENITOURINARIO:

EXAMEN OSTEOARTICULAR:

EXAMEN NEUROLÓGICO:

Es alérgico a:

¿Toma habitualmente algún medicamento? ¿Cuál?

Medicamentos no prescritos: SÍ/NO

Estimulantes:

Anabólicos

Esteroides

Otros:

2) RESUMEN HISTORIA CLÍNICA- Ha padecido o padece de:
Completar con una X o con la información detallada cuando corresponda.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Dolores de Brazos	<input type="checkbox"/>	Lipotimia	<input type="checkbox"/>	Indicar E.C.G	<input type="checkbox"/>
Presión Alta	<input type="checkbox"/>	Dolores de Piernas	<input type="checkbox"/>	Varices	<input type="checkbox"/>	Auscultación	<input type="checkbox"/>
Presión Baja	<input type="checkbox"/>	Dolores de Pecho	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>		
Mareos	<input type="checkbox"/>	Afecciones	<input type="checkbox"/>	Cardíacas	<input type="checkbox"/>		

ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES

Dolores de Cintura	<input type="checkbox"/>	Articulaciones Doloras	<input type="checkbox"/>	Cifosis	<input type="checkbox"/>
Ciático-Lumbago	<input type="checkbox"/>	Fracturas. ¿Dónde?	<input type="checkbox"/>	Lordosis	<input type="checkbox"/>
Reumatismo	<input type="checkbox"/>	Inflamación Articular	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>
Dolores de Espalda	<input type="checkbox"/>	Deformación Articular	<input type="checkbox"/>	Espina Bífida	<input type="checkbox"/>

Otros

¿Columna Vertebral Normal?

ENFERMEDADES PULMONARES

Disnea	<input type="checkbox"/>	Alergias vías Aéreas	<input type="checkbox"/>	Disfonías	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-----------	--------------------------

(sólo para **TECNICATURAS** del ISAD)

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Resfríos a repetición | <input type="checkbox"/> | Bronquitis Repetidas | <input type="checkbox"/> | Ronquerías | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | Expectoraciones con sangre | <input type="checkbox"/> |
| Neumonía | <input type="checkbox"/> | Sinusitis | <input type="checkbox"/> | Laringitis | <input type="checkbox"/> |

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

- | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Enf. Del Estómago | <input type="checkbox"/> | Diarreas Frecuentes | <input type="checkbox"/> | Inapetencia | <input type="checkbox"/> |
| Úlceras | <input type="checkbox"/> | Vómitos-Náuseas | <input type="checkbox"/> | Vómitos con sangre | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | | | | |

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Hongos | <input type="checkbox"/> | Difteria | <input type="checkbox"/> | Parásitos | <input type="checkbox"/> |
| Paperas | <input type="checkbox"/> | Absesos | <input type="checkbox"/> | Supuración Oídos | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre Reumático | <input type="checkbox"/> | Fiebres Prolongadas | <input type="checkbox"/> | | |
| Escarlatina | <input type="checkbox"/> | Enf. Venéreas | <input type="checkbox"/> | | |

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Dolor de cabeza Frec. | <input type="checkbox"/> | Hipocondría | <input type="checkbox"/> | Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> | Pesadillas Frecuentes | <input type="checkbox"/> | Confusión de colores | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> | Depresiones Frecuentes | <input type="checkbox"/> | Miedos varios | <input type="checkbox"/> |
| Golpes de la cabeza | <input type="checkbox"/> | Intentos de Suicidio | <input type="checkbox"/> | Sin ganas de estudiar | <input type="checkbox"/> |
| Enf. Psiquiátricas | <input type="checkbox"/> | Falta de Concentración | <input type="checkbox"/> | Angustias frecuentes | <input type="checkbox"/> |
| Perdidas de Memoria | <input type="checkbox"/> | Excesiva timidez | <input type="checkbox"/> | Delirios | <input type="checkbox"/> |
| Desmayos | <input type="checkbox"/> | | | | |

ENFERMEDADES RENALES

- | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| Ardor al Orinar | <input type="checkbox"/> | Orina con sangre | <input type="checkbox"/> | Poliuria | <input type="checkbox"/> | I.R.A | <input type="checkbox"/> |
| Incontinencia | <input type="checkbox"/> | Orina con olor desagradable | <input type="checkbox"/> | Orina Turbia | <input type="checkbox"/> | I.R.C | <input type="checkbox"/> |

OTRAS ENFERMEDADES

- | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Lesiones que no cicatrizan | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | Obesidad | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de Hígado | <input type="checkbox"/> | Anorexia | <input type="checkbox"/> | Aumento brusco de peso | <input type="checkbox"/> |
| Intoxicaciones | <input type="checkbox"/> | Enf. de los Ganglios | <input type="checkbox"/> | Descenso Brusco de peso | <input type="checkbox"/> |
| Hernias | <input type="checkbox"/> | Problemas hormonales | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> |
| Afecciones de oído | <input type="checkbox"/> | Hemorragias | <input type="checkbox"/> | | |

	Nombre	Fecha	Observaciones
¿Estuvo Internado?			
¿Motivos?			
¿Intervenciones Quirúrgicas?			

Otras enfermedades de salud que considere de importancia mencionar:

Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha Aproximada

VACUNACION COVID

- sí** **NO**
 1° DOSIS 2° DOSIS 3° DOSIS 4° DOSIS

(sólo para TECNICATURAS del ISAD)

COMPLETAR POR EL PROFESIONAL:

CONSTE que atendí aDNI N°
.....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:

.....

COMPLETAR POR EL PACIENTE

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 este designe) a hacer asistir al/la titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

Firma:

Aclaración:

D.N.I:

En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre, madre o tutor

Firma:

Aclaración:

D.N.I:

Lugar y fecha:

.....

¿Posee OBRA SOCIAL?

¿CUÁL?.....

En caso de emergencia contactarse con

Nombre y apellido de contacto

al teléfono.....



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