

# FICHA INDIVIDUAL

**Carrera/s:**

Válida ciclo lectivo 2026

**Apellido y Nombre:**

DNI:

Fecha Nac.:

Edad:

Nacionalidad:

Lugar de Nac.:

Domicilio Fam/Origen:

Loc.:

Pcia.:

Tel.:

Te.Cel.:

Tel.Emergencia:

FOTO

Domicilio en Córdoba:

Teléfono en Cba.:

CP.:

EMAIL:

Obra Social:

Estado Civil:

Ocupación:

En caso de Emergencia llamar a (en Córdoba): Parentesco \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ N° Tel: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS y ENFERMEDADES PREEXISTENTES

El alumno posee antecedentes personales patológicos (poner SI - NO según corresponda y detallar)

Enf. Cardíacas:
Enf. Respiratorias:
Enf. Osteomioarticulares - lesiones deportivas - fracturas - esguinces - luxaciones: Enf. Endocrinas/metabólicas:
Enf. Digestivas:
Enf. Congénitas:
Enf. Neurológicas:
Traumatismo de cráneo/pérdida de conocimiento:
Enf. Psiquiátricas:
Enf. Genitourinarias:
Enf. Infecciosas:
Enf. Oftalmológicas:
Enf. Auditivas:
Ant. Obesidad y Trastornos alimentarios:
Ant. Cirugías:
Enf. Dermatológicas:
Enf. Reumatológicas:
Enf. Tumores (benigna /malignas):
Enf. de la sangre:
Alergias:
Otras enfermedades:
Tabaco: Alcohol: Otras sustancias: Estrés: Sedentarismo: Vacunación: Completa   Incompleta Fecha Última antitetánica:
Alimentación e hidratación: Medicación actual y suplementación:

**Antecedentes patológicos en familiares sanguíneos directos (poner SI - NO según corresponda y detallar):**

Muerte súbita antes de los 35 - 40 años de origen cardiovascular

## DECLARACION JURADA

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 u omisión cometido en el llenado de esta ficha. ME COMPROMETO además a comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados, en forma inmediata. AUTORIZO al Decanato de la Facultad de Educación Física Ipef (o a quién ésta designe) a hacer asistir al / la titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

EXIMO expresamente de responsabilidad a la Institución, por cualquier consecuencia dañosa que pudiera sufrir en el desarrollo de las actividades propuestas en mi condición de estudiante de la Facultad de Educación Física Ipef (FEF Ipef), toda vez que DECLARO CONOCER Y ACEPTAR las reglamentaciones vigentes para las actividades a realizarse.

En caso de modificarse el apto así como sufrir enfermedad o lesiones me comprometo a informar a la institución.

En \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma del Estudiante

Aclaración:

DNI:

Menores de 18 años corresponde la firma de ambos padres o tutores certificadas por policía, escribano o juez de paz.

Firma de la Madre/tutor

Firma del Padre/tutor

Aclaración:

Aclaración:

DNI:

DNI:

La FEF Ipef se reserva el derecho de solicitar estudios médicos complementarios en caso de considerarlo necesario para ser evaluados por junta médica.

## FICHA MÉDICA: Examen de Salud

### 1 - EXAMEN FÍSICO (anual)

Peso:

Talla:

IMC:

AP. CARDIOVASCULAR

R1

R2

TA

Pulsos periféricos

Soplos - ruidos patológicos: AP.

RESPIRATORIO

MV

RSA

Soma:

Columna:

MMSS:

MMII:

Visión:

AV OD S/C:

AV OI S/C:

Visión cromática: AV

OD C/C:

AV OI C/C:

Abdomen:

Neurológico:

Piel y faneras:

Genitourinario: Testículos:

Escroto:

Menarca: Ciclo menstrual – FUM:

Mamas: Prótesis:

Amenorreas:

Paras:

Gestas

**2 - AUDIOMETRÍA** (consignar fecha de última audiometría): VÁLIDO 4 AÑOS - DEBE FIRMAR EL ESPECIALISTA

Normal: SI - NO

Firma del Profesional

Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

**3 - ODONTOLOGÍA** (anual) DEBE FIRMAR EL ESPECIALISTA

Salud Bucal:

Firma del Profesional

Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

**4 - PSICOLOGÍA** (anual) DEBE FIRMAR EL ESPECIALISTA

- Apto para cursar carrera de formación docente: SI / NO
- Apto para cursar carrera de formación técnica: SI / NO - Antecedentes personales
- Tratamientos/necesidades particulares:

Firma del Profesional

Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

**5- ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS** (c/informe debe valorar médico clínico)

LABORATORIO (anual):

Normal:

Anormal (detallar):

ELECTROCARDIOGRAMA (anual):

Normal:

Anormal (detallar):

ERGOMETRÍA: Fecha:...../...../.....

Normal:

Anormal (detallar):

RX Tórax: Fecha:...../...../.....

Normal:

Anormal (detallar):

RX Columna: Fecha:...../...../.....

Normal:

Anormal (detallar):

Otros estudios y/o consultas complementarias solicitadas NO / Si (detallar):

**CONCLUSIÓN**

APTO DEFINITIVO:		
Lugar y Fecha:	Firma del Profesional	Sello Aclaratorio y N° de Matrícula
APTO TRANSITORIO		
Debido a:		hasta el día:
Lugar y Fecha:	Firma del Profesional	Sello Aclaratorio y N° de Matrícula
NO APTO		
Lugar y Fecha:	Firma del Profesional	Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Oficina BEDELÍA

Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MUY IMPORTANTE PARA MÉDICOS Y ESTUDIANTES

Estudios imprescindibles y de reciente ejecución

### FICHA ANUAL OBLIGATORIA

Examen de laboratorio (vigencia 1 año):

- Citológico completo
- Eritrosedimentación
- Glucemia
- Uremia
- Orina completa
- Grupo sanguíneo y factor (Rh)
- Chagas
- VDRL

**Adjuntar resultado de laboratorio.**

EXAMEN FÍSICO (anual)

ECG (anual)

RADIOGRAFÍAS con informe (vigencia 4 años) al INGRESO (c/informe puede valorar médico clínico):

- De tórax sólo frente
- De columna frente y perfil (cervical-dorsal-lumbosacra) Presentar informe.

ERGOMETRÍA: Por única vez al ingreso en alumnos menores de 30 años, luego de esa edad presentar cada año.

ECODOPPLER CARDÍACO: Según criterio médico.

**DEBEN ser firmados y sellados por especialistas:**

- EXAMEN PSICOLÓGICO (vigencia 1 año)
- EXAMEN ODONTOLÓGICO (vigencia 1 año)
- AUDIOMETRÍA (vigencia 4 años)

**Presentar original y copia de carnet de vacunas.**

<b>Los antecedentes patológicos y enfermedades preexistentes deben ser firmados por el alumno que es quien brinda los datos y debe informar en los casos positivos.</b>
---

# FICHA SALIDAS

**Carrera/s:**

**Apellido y Nombre:**

Válida ciclo lectivo 2026

DNI:

Fecha Nac.:

Edad: Nacionalidad:

Lugar de Nac.:

Domicilio Fam/Origen:

Loc.:

Pcia.:

Tel.:

Domicilio personal en Córdoba:

Tel. Emergencia:

**FOTO**

Medicación actual y patología que la indique:

Alergias alimentarias, medicamentosas, otros:

Examen físico:

Normal:

Anormal (detallar):

Laboratorio (anual):

Normal:

Anormal (detallar):

Electrocardiograma (anual):

Normal:

Anormal (detallar):

Ergometría:

Normal:

Anormal (detallar):

Grupo y factor Rh:

Otros estudios solicitados de relevancia NO / Si (detallar)

Necesidad de Acompañantes Terapéuticos: SI / NO

(En caso de "SI", el/la acompañante deberá presentar APTO FÍSICO CARDIOVASCULAR)

## CONCLUSIÓN

**APTO DEFINITIVO:**

Lugar y Fecha:

Firma del Profesional

Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

**APTO TRANSITORIO**

Debido a:

hasta el día:

Lugar y Fecha:

Firma del Profesional

Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

**NO APTO**

Lugar y Fecha:

Firma del Profesional

Sello Aclaratorio y N° de Matrícula