EXAMEN PSICOFÍSICO PARA INGRESO A CARRERA T.U.G.

**LUGAR:**

**APELLIDO/S NOMBRE/S**

**D.N.I. Nº……………………… FECHA de NAC. ……………… E. CIVIL**

**NACIONALIDAD:**

**DOMICILIO**

**E-MAIL:**

**EN CASO DE EMERGENCIAS:**

**TELEFONO/S:**

**AVISAR A:**

**HISTORIA CLINICA**

**PESO:………. ESTATURA:………… PULSO:………… TEMPERATURA:**

**TENSIÓN ARTERIAL:………….. MÁXIMA:………….. MINIMA:**

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS PERSONALES:**

**ESTADO GENERAL: MORFOLOGÍA Y NUTRICIÓN**

**SISTEMA OSEO: ARTICULAR Y MUSCULAR**

**APARATO RESPIRATORIO:………….. TOS:………….. EXPECTORACIÓN**

**DISNEA**

**APARATO DIGESTIVO**

**APARATO URINARIO Y GENITAL**

**GLÁNDULAS DE SECRECIÓN INTERNA**

**SISTEMA NERVIOSO**

**SISTEMA PSÍQUICO**

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ANTERIORES**

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO

RADIOGRAFÍA DE TORAX

E.C.G

**LABORATORIO:**

HEMOGRAMA:

ERITROSEDIMENTACIÓN:

ORINA COMPLETA:

GLUCEMIA:

V.D.R.L

CHAGAS:

TOXOPLASMOSIS:

GRUPO/FACTOR RH:

ALERGIA INSECTOS: …………………………………………………………………….

CONCLUSIONES FINALES

.

.

.

.

.

.

.

***VACUNAS OBLIGATORIAS (debe Presentarse Certificado):***

* ***ANTIAMARILICA:……..***
* ***ANTITETANICA:……..***
* ***HEPATITIS B:……..***
* ***B.C.G.:……..***

**Nota:** *Este examen psicofísico tendrá validez únicamente completado por los especialistas correspondientes en cada caso.*