

INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR D74 de CRUZ ROJA ARGENTINA FILIAL PARANÁ

Andrés Pasos 301 – (3100) Paraná – Entre Ríos - Tel.: 0343 – 4310100 www.institutocruzroja.com.ar

HORARIOS PARA INSCRIPCIONES: Lunes a Viernes de 14:30 hs. A 18:00 hs.

TECNICATURA SUPERIOR EN ENFERMERÍA (Duración 3 años)

TECNICATURA SUPERIOR EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA (Duración 3 años)

1.- DATOS PERSONALES

APELLIDO/S y NOMBRE/S:

DNI:

EDAD:

FECHA NAC.:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

C.P.:

Teléfono:

Celular:

e-mail:

2.- ANTECEDENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS PERSONALES

¿Es ASMÁTICO?	SI	NO	¿Es EPILÉPTICO?	SI	NO	¿Es DIABÉTICO?	SI	NO
¿Sufre CONVULSIONES?	SI	NO	¿Es CARDIACO?	SI	NO	¿Sufre DESMAYOS?	SI	NO
¿Sufre HIPERTENSIÓN?	SI	NO	¿Tiene HERNIAS?	SI	NO	¿REUMATISMO?	SI	NO
¿TRASTORNOS OSTEO-ARTICULARES?	SI	NO	Especifique:					
¿Es ALÉRGICO?	SI	NO	Indicar a qué:					
¿Fue OPERADO?	SI	NO	¿Qué tipo de cirugía?					
¿Toma MEDICACIÓN?	SI	NO	¿Qué medicación?					
¿Problemas de VISIÓN?	SI	NO	Especifique:					

OBSERVACIONES:

3.- ANTECEDENTES FAMILIARES (completar solo aspirantes a primer año)

ASMA	SI	NO	TUMORES	SI	NO	Enf. CARDIOVASCULARES	SI	NO
ALERGIAS	SI	NO	Enfermedades MENTALES	SI	NO	METABÓLICAS o DIABETES	SI	NO
OTRAS	SI	NO	¿Cuáles?					

OBSERVACIONES:



RECORDATORIO: El desempeño de la profesión futura como las actividades prácticas profesionalizantes que desempeñará el alumno regular para cursar la carrera de Enfermería e Instrumentación Quirúrgica, Implican diversos esfuerzos y condiciones de trabajo tales como: Mantenerse en pie por períodos prolongados; Movilizar pacientes con movilidad reducida o sin ella; Empujar carros de atención, camillas, etc.; Motricidad fina y pulso procedimientos de precisión; entre otros.

4.- EXAMEN FÍSICO DEL ASPIRANTE

Este formulario debe estar completo en su totalidad. Rogamos al médico completarlo con letra clara y legible. Puede ser médico de hospital público o privado, de obra social o sanatorio.

LOS SIGUIENTES ESTUDIOS DEBERAN SER EVALUADOS POR EL MÉDICO, Y VOLCADOS EN ESTA FICHA. AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN PRESENTAR FICHA COMPLETA DE SALUD (**no** adjuntar placas ni estudios)

Radiografía de tórax frente y perfil con informe.

Radiografía de columna

Electrocardiograma con informe

Pruebas de laboratorio

Hemograma -Grupo Sanguíneo -Factor -Eritrosedimentación

Glucemia -Orina completo

ASPECTOS GENERALES			
FÍSICO	PESO:	TALLA:	IMC:
	Diagnostico antropométrico:		
PIEL / FANERAS		RESPIRATORIO	
CRANEO / CARA		TÓRAX / MAMAS	
CUELLO / TIROIDES		ABDOMEN / DIGESTIVO	
APARATO URINARIO		APARATO GENITAL	
OSTEOARTICULAR	COLUMNA:		
	MIEMBROS SUPERIORES		
	MIEMBROS INFERIORES		
AUDIOMETRÍA			
OFTALMOLÓGICO	AGUDEZA VISUAL	DERECHO:	IZQUIERDO:
	USA ANTEOJOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	OTROS:	
CARDIOVASCULAR	AUSCULTACIÓN:		
	TENSIÓN ARTERIAL:	ARRITMIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SOPLOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NEUROLÓGICO			

USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO CLÍNICO:

Teniendo a la vista las capacidades necesarias para el desarrollo de la carrera de (tachar lo que no corresponde): Técnico Superior en Enfermería – Técnico Superior en Instrumentación Quirúrgica, como su posterior ejercicio profesional, obrantes en los estudios realizados y revisión clínica en el Hospital / Clínica:....., copia de los cuales se volcaron a la presente bajo mi firma, dictamino que:

..... resulta: APTO – NO APTO para ser inscripto/a en la carrera y cursar materias teóricas y prácticas presenciales intensas con esfuerzo como alumno regular.

FECHA:/...../.....

FIRMA – SELLO - MATRICULA

USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO PSIQUIATRA O PSICOLOGO:

El alumno/a se encuentra en condiciones SI – NO para cursar materias teóricas y prácticas como alumno regular de la carrera.

FECHA:/...../.....

FIRMA – SELLO - MATRICULA



5.- OBSERVACIONES PERSONALES:

Inmunidades y Enfermedades Infectocontagiosas contraídas (detallar):

Indique alguna OBSERVACIÓN respecto de su salud que pueda ser importante para el cursado teórico – práctico en el Instituto, y no se encuentra en la presente ficha:

Dejo constancia que los datos personales consignados en la presente ficha son reales y actualizados al momento de la inscripción.

Así mismo, me comprometo a comunicar fehacientemente sobre cualquier cambio relacionado con mi salud desde esta fecha: de.....de 20.....

FIRMA DEL ALUMNO

ACLARACIÓN

DNI

FIRMA DEL PADRE- MADRE O
 TUTOR (en caso de ser menor de
 18 años)

ACLARACIÓN

DNI