Universidad Nacional de La Rioja

REQUISITOS INGRESANTES

PROFESORADO UNIVERSITARIO EN EDUCACIÓN FISICA

- CERTIFICADO DE APTITUD CARDICA OTORGADO POR MÉDICO CARDIÓLOGO PREVIA REALIZACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA Y ERGOMETRIA
- CERTIFICADO MEDICO DE BUENA SALUD OTORGADO POR MÉDICO CLÍNICO
- CERTIFICADO DE VACUNAS
- CERTIFICADO DE SALUD BUCAL
- RX DE TORAX (F Y P)
- CERTIFICADO OFTAMOLÓGICO
- CERTIFICADO FONOAUDILÓGICO
- HEMOGRAMA COMPLETO, GLUCEMIA, REACCIÓN DE MACHADO GUERREIRO

Universidad Nacional de La Rioja

EVALUACIÓN MEDICA REQUERIDA PARA INGRESO
HISTORIA CLINICA Nro……..

FECHA: ……./……/……

DATOS FILIATORIOS

APELLIDO/S	
NOMBRE/S	
TIPO Y NRO DOCUMENTO	
ESTADO CILVIL	
SEXO	
FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN	
LOCALIDAD	
CODIGO POSTAL	
OBRA SOCIAL	
TELEFENO FIJO	
TELEFONO CELULAR	
CORREO ELECTRONICO	

CONTACTO EN CASO DE MERGENCIA

APELLIDO/S	
NOMBRE/S	
DOCUMENTO	
PARENTESCO	
TELEFONO FIJO	
TELEFONO CELULAR	

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

PESO		**TA**	
TALLA		**FC**	
IMC		**CC**	

Universidad Nacional de La Rioja

ATENCEDENTES HEREDO FAMILIARES

AFECCIÓN	SI/NO ASPIRANTE	SI/NO FAMILIAR (indicar parentesco)
ALERGIA		
ASMA		
ENFERMEDADES RESPIRATORIOS		
ENFERMEDADES OSTEOMIOARTICULARES		
HIPERTENSION ARTERIAL		
ENFERMEDADES CARDIACAS		
ENFERMEDADES RENALES		
INFECCIONES URINARIAS		
ENFERMEDADES DE LA SANGRE		
ENFESMEDADES DIGESTIVAS		
ENFERMEDADES GENITALES		
ENFERMEDADES NEUROLOGICAS		
EPILEPSIA		
ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS		
DIABETES		
MUERTE SUBITA		

ANTECENTES PATOLOGICOS PERSONALES

PADECE O PADECIO	SI	NO
SARAMPION		
RUBEOLA		
VARICELA		
ESCARLATINA		
PAROTIDITIS		
CHAGAS		

PADECE O PADECIO	SI	NO
HEPATITIS		
BRUCELOSIS		
FIEBRE REUMATICA		
CONVULSIONES		
VENEREAS		
OTRAS		

Universidad Nacional de La Rioja

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRACTICAS FISICAS Y DEPORTIVAS

Yo, (……), DNI Nro. (.....), DECLARO BAJO JURAMENTO que me encuentro en condiciones físicas óptimas para realizar el curso de ingreso a la carrera del profesorado en educación física que se dicta en las Sedes Regionales de Catuna, Aimogasta, Chepes y Villa Unión de la Universidad Nacional de la Rioja y que he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar todas las dudas e inquietudes que tengo acerca de la posibilidad existente de sufrir lesiones en las prácticas deportivas (viajes, entrenamientos, etc.) que realizo, así como de conocer mi compromiso de informar en detalle a las autoridades de la institución en el caso de que aconteciera tal infortunio, sea este anterior, concomitante o posterior a la práctica deportiva o a la actividad física en cuestión.

Si por cualquier motivo he omitido algún dato, he consignado información errónea o ignoro las indicaciones recibidas durante la realización de las pruebas físicas, lo hago a riesgo propio y asumo la responsabilidad de cualquier accidente o perjuicio que pudiera sufrir y, por lo tanto, LIBERO DE TODA RESPONSABILIDAD JURIDICA al profesor actuante y a la institución formadora, Universidad Nacional de la Rioja, en sus Sedes Universitarias de Villa Santa Rita de Catuna, Villa Unión y Aimogasta , sobre cualquier accidente o daño que suceda en el presente o en el futuro. Por lo ante dicho, DOY MI CONCENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTO LOS RIESGOS de la práctica deportiva y eximo, de esta forma, a la Universidad Nacional de la Rioja de cualquier perjuicio.

Mediante la presente también me comprometo a renovar anualmente la certificación de aptitud médica a mi propio cargo y de informar de inmediato a las autoridades universitarias de cualquier condición (gravidez, etc.), lesión o enfermedad que pueda interferir en el desarrollo de la práctica deportiva o de cualquier actividad física.

La Rioja_____

_____

Firma del aspirante (su tutor en caso de ser menor de edad)

Universidad Nacional de La Rioja

INFORME DEL SERVICIO MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN

Mediante el presente dejo constancia de que …… DNI N° …… ha sido evaluado de acuerdo con los protocolos establecidos en término de los exámenes físico-clínicos requeridos. En función de los resultados obtenidos, se establece que el/la estudiante se encuentra

APTO	NO APTO

La Rioja……

Firma y Sello

Médico Responsable UNLaR