

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

Formulario para ingresantes para ser completado por instituciones oficiales de salud o en obra social

APELLIDO: _____

DNI: _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

Antecedentes Personales: _____

FECHA: _____

Antecedentes Familiares: _____

EXAMEN CLINICO	APTO		OBSERVACIONES	SELLO DE INSTITUCIÓN MEDICA QUE CERTIFICA (HOSPITAL, SALITA, ETC.)	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
	SI	NO			
Examen Físico					
TA					
ECG					
RX Tórax					
Laboratorio					

EXAMEN PSICOLÓGICO	APTO		OBSERVACIONES	SELLO DE INSTITUCIÓN MEDICA QUE CERTIFICA (HOSPITAL, SALITA, ETC.)	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
	SI	NO			
DEBE ESTAR REALIZADO POR PROFESIONAL DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA.					