



**PROFESORADO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
 EN EDUCACIÓN FÍSICA DE PAMPA DEL INDIO**

Ingreso: Año 2021

Apellido/s: _____

Nombre/s: _____

D.N.I. N° _____

Edad: _____

Los exámenes podrán ser realizados en instituciones oficiales y/o privadas.

1. EXAMEN NEUROLÓGICO (Especialista Médico Neurólogo)

Además de los exámenes y diagnóstico que el especialista considere oportuno para determinar el estado neurológico del aspirante se solicita incluir aquellos estados neuropáticos pasajeros (no permanente) tales como alguna forma de epilepsia así estuviesen debidamente tratados y controlados.

Aclaraciones: en caso de anomalía (otros antecedentes que el facultativo crea conveniente) agregar:

Certifico que el aspirante arriba mencionado:	Firma y sello

**2. APARATO CARDIOVASCULAR (Especialista Médico Cardiológico)
 Evaluación de reposo y esfuerzo.**

Aclaración: en caso de anomalía (otros antecedentes que el facultativo crea conveniente) agregar:

Certifico que el aspirante arriba mencionado:	Firma y sello

3. EXAMEN BUCODENTAL (especialista Odontólogo)

Aclaración: en caso de anomalía (otros antecedentes que el facultativo crea conveniente) agregar:

Apellido/s y Nombre/s: _____

D.N.I. N°: _____



**"2021- Año del Impenetrable Chaqueña, Departamento
 General Güemes"-Ley 3329-A"**

Corrientes 551. <https://inspampadelindio-cha.infed.edu.ar/sitio/>
 CUOF: 1445 – CUE: 2200536-00

Certifico que el aspirante arriba mencionado:	Firma y sello

4. EXAMEN O.R.L. (especialista Otorrinolaringólogo)

Queda a criterio del facultativo firmante el examen fonaudiológico.

Aclaración: en caso de anomalía (otros antecedentes que el facultativo crea conveniente) agregar:

Certifico que el aspirante arriba mencionado:	Firma y sello

5. EXAMEN OFTALMOLÓGICO (Especialista Oftalmólogo)

Aclaración: en caso de anomalía (otros antecedentes que el facultativo crea conveniente) agregar:

Agudeza visual (deberá ser superior a 7/10 en cada ojo con corrección)	Firma y sello
OJO DERECHO:	
OJO IZQUIERDO:	
Campimetría (deberá garantizar un buen dominio espacial durante las actividades desarrolladas en los distintos espacios físicos):	
Visión de colores:	
Certifico que el postulante arriba mencionado:	

Apellido/s y Nombre/s: _____
 D.N.I. N°: _____



--	--

- 6. EXAMEN OSTEOMIOARTICULAR (especialista ortopedia y Traumatología)**
 Incluye las siguientes placas rayos x: tórax (de frente), columna (dorsal, frente y perfil), columna cervical, (frente y perfil), columna lumbo-sacro (frente y perfil), cadera (de frente). Se sugiere en especial una valoración de la movilidad articular.
 Aclaración: en caso de anomalía (otros antecedentes que el facultativo crea conveniente) agregar:

Certifico que el aspirante arriba mencionado:	
	Firma y sello

- 7. INTERCONSULTAS. Según criterio del facultativo.**

Certifico que el aspirante arriba mencionado:	
	Firma y sello

- 8. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS – Según criterio del facultativo.**

Certifico que el aspirante arriba mencionado:	
	Firma y sello

- 9. EXAMEN CLÍNICO GENERAL (ESPECIALISTA Médico Clínico)**
 En este examen estarán incluidos como ímimo: examen del aparato respiratorio, vacunas completas, el laboratorio completo de sangre y orina, estudios serológicos (Machado Guerreiro, V.D.R.L. y Mantoux examen semiológico, peso adecuado para la práctica no invasivos o invasivos que se considerase oportuno.
 Aclaración: en caso de anomalía (otros antecedentes que el facultativo crea conveniente) agregar:

Certifico que el aspirante arriba mencionado:	
	Firma y sello

Apellido/s y Nombre/s: _____
 D.N.I. N°: _____



PROVINCIA DEL CHACO.
MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA, CIENCIA Y TECNOLOGÍA.
INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR DE PAMPA DEL INDIO.



**"2021- Año del Impenetrable Chaqueño, Departamento
General Güemes"-Ley 3329-A"**

Corrientes 551. <https://inspampadelindio-cha.inf.d.edu.ar/sitio/>
CUOF: 1445 – CUE: 2200536-00

Conforme a las certificaciones procedentes de los respectivos especialistas se resuelve:

OTORGAR APTO - NO OTORGAR EL APTO (especialista en Clínica Médica)

OTORGAR	NO OTORGAR
Firma y sello	Firma y sello

Apellido/s y Nombre/s: _____
D.N.I. N°: _____



PROVINCIA DEL CHACO.
MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA, CIENCIA Y TECNOLOGÍA.
INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR DE PAMPA DEL INDIO.



**“2021- Año del Impenetrable Chaqueño, Departamento
General Güemes”-Ley 3329-A”**

Corrientes 551. <https://inspampadelindio-cha.inf.d.edu.ar/sitio/>
CUOF: 1445 – CUE: 2200536-00

Completa autoridad del Instituto:

INGRESO: AÑO 2020

Apellido/s: _____

Nombre/s: _____

D.N.I.: _____

Edad: _____

EL ASPIRANTE ES APTO - NO APTO

Observaciones:

Apellido/s y Nombre/s: _____

D.N.I. N°: _____