

\*Favor de utilizar TINTA AZUL en el llenado del documento.

Nombre completo del alumno: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_

Enfermedades padecidas o que actualmente se padezcan y estén controladas (incluir como están controladas):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermedades que hayan dejado o estén generando algún tipo de limitante física, metabólica, auditiva, visual, musculo-esquelética o motriz, verbal, neurológica o psiquiátrica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Prueba de Tuberculina (PPD) Fecha: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_
- Inmunización para Hepatitis B (Esquema debe estar COMPLETO antes de ingreso a Ciencias Clínicas):  
Fecha 1er dosis: \_\_\_\_\_ Fecha 2a dosis: \_\_\_\_\_ Fecha 3er dosis: \_\_\_\_\_
- Inmunización para Influenza (Fecha menor a un año de fecha de ingreso a Ciencias Clínicas):  
Fecha: \_\_\_\_\_
- Inmunización para Meningococo (Fecha menor a un año de fecha de ingreso a Ciencias Clínicas):  
Fecha: \_\_\_\_\_
- Inmunización Antitetánica (Fecha menor a un año de fecha de ingreso a Ciencias Clínicas):  
Fecha: \_\_\_\_\_
- Resultado de Tele de Tórax (PA):  
\_\_\_\_\_

Para el desarrollo adecuado de Actividades Clínicas con todo lo que ello implica, el (la) candidato(a) a ingresar a Ciencias Clínicas se encuentra:

Apto y sin requerimiento de apoyo

No apto

Apto pero requiere de Apoyo (describir cual):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_