

*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:

Se requiere contar con esquema completo de vacunación para el ingreso a un entorno clínico:

- 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: _____