

## CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

*Formulario para ingresantes para ser completado por instituciones oficiales de salud*

APELLIDO: -----

DNI: -----

NOMBRE: -----

DOMICILIO: -----

Antecedentes Personales: -----

FECHA: -----

Antecedentes Familiares: -----

EXAMEN CLINICO	APTO		OBSERVACIONES	SELLO DE INSTITUCIÓN MEDICA QUE CERTIFICA, PUBLICA O PRIVADA (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, PUBLICA O PRIVADA (HOSPITAL, SALITA, ETC.)	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
	SI	NO			
<b>DEBE ESTAR REALIZADO POR PROFESIONAL DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA.</b>					