



DIRECCION DE EDUCACION SUPERIOR

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACION DOCENTE N° 41

APELLIDO Y NOMBRE.....DNI.....

DOMICILIO.....TELEFONO.....FECHA.....

EXAMEN CLINICO	APTO		OBSERVACIONES	SELLO DE INSTITUCION MEDICA QUE CERTIFICA , PUBLICA O PRIVADA (HOSPITAL, SALITA ETC.)	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
	SI	NO			
EXAMEN FISICO					
TA					
ECG					
RX TORAX					
LABORATORIO					

EXAMEN PSICOLOGICO	APTO		OBSERVACIONES	SELLO DE INSTITUCION MEDICA QUE CERTIFICA , PUBLICA O PRIVADA (HOSPITAL, SALITA ETC.)	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
	SI	NO			
DEBE ESTAR REALIZADO POR UN PROFESIONAL DEL AREA DE PSICOLOGIA					
EXAMEN ODONTOLOGICO	APTO		OBSERVACIONES	SELLO DE INSTITUCION MEDICA QUE CERTIFICA ,PUBLICA O PRIVADA (HOSPITAL,SALITA ETC.)	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
	SI	NO			