

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE

DIRECCIÓN DE REGISTROS ACADÉMICOS Y ADMISIÓN

CERTIFICADO MÉDICO

Postulación a la Universidad Adventista de Chile
(A completar por un profesional médico)

Este examen es requerido con el fin de certificar salud compatible con el proceso formativo y requisitos profesionales de las carreras que imparte la Universidad Adventista de Chile. Dicho certificado permitirá mantener un registro de su situación de salud a fin de cautelar adecuadamente su bienestar. La información recibida se mantendrá guardada confidencialmente en los archivos de la Universidad.

NOMBRE COMPLETO DEL INTERESADO:

_____ RUT: _____

CARRERA QUE POSTULA:

DATOS A SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ GRUPO y RH: _____

Peso: ___ kg Estatura: _____ m IMC: _____ P.A. _____ mmHg

Antecedentes mórbidos de importancia: (Alergias, cirugías, medicamentos, enfermedades crónicas y otros)

REGIÓN EXAMINADA	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIÓN DE LOS HALLAZGOS ANORMALES
1. VISIÓN			
2. AUDICIÓN			
3. CAVIDAD BUCAL			
4. APARATO RESPIRATORIO			
5. APARATO CARDIOVASCULAR			
6. APARATO DIGESTIVO			
7. SISTEMA NERVIOSO			
8. SISTEMA MÚSCULOESQUELÉTICO			

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE

DIRECCIÓN DE REGISTROS ACADÉMICOS Y ADMISIÓN

ESTUDIOS ADICIONALES PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN FÍSICA

ECG: _____

TEST DE ESFUERZO: _____

INDICACIONES ESPECIALES:

ESTUDIOS ADICIONALES PARA ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Vacuna Anti Hepatitis B: Si___ No___

En caso de ser positiva la respuesta:

1. Presentar certificado
2. Indicar fecha de vacunación

Observaciones adicionales del médico

EL MÉDICO QUE EXAMINA CONSTA POR EL PRESENTE CERTIFICADO, QUE EL INTERESADO EVALUADO PROFESIONALMENTE, GOZA DE SALUD FÍSICA Y MENTAL APROPIADAS PARA REALIZAR ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR EN LA CARRERA QUE ESTÁ POSTULANDO.

NOMBRE MÉDICO TRATANTE:

_____ RUT: _____

Firma y Timbre