

FICHA DE SALUD, ACCESIBILIDAD Y TRAYECTORIA ACADÉMICA

Información importante:

La información consignada en la presente ficha será tratada de manera confidencial y utilizada exclusivamente por las áreas institucionales pertinentes con el objetivo de brindar acompañamiento y generar condiciones que favorezcan el desarrollo de la trayectoria académica de cada estudiante.

1. DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Persona de contacto ante emergencias

Nombre y apellido: _____

Vínculo: _____

Teléfono: _____

2. COBERTURA DE SALUD

¿Posee obra social, prepaga o seguro médico? _____

En caso afirmativo:

Nombre de la cobertura: _____

Número de afiliado/a: _____

Teléfono de emergencias: _____

3. SALUD Y BIENESTAR

¿Presenta actualmente alguna condición de salud que considere importante informar a la institución? _____

En caso afirmativo, describa:

¿Recibe actualmente tratamiento médico o realiza controles periódicos? _____

En caso afirmativo, indique:

¿Toma medicación de manera habitual? _____

¿Cuál/es?

¿Presenta alergias? _____

Tipo de alergia:

☐ Medicamentos

☐ Alimentos

☐ Ambientales

☐ Otras

Especifique:

¿Existe alguna situación relacionada con su salud que la institución deba conocer para actuar adecuadamente en caso de emergencia? _____

En caso afirmativo:

4. ACCESIBILIDAD Y APOYOS PARA EL APRENDIZAJE

¿Posee Certificado Único de Discapacidad (CUD)? _____

¿Considera que presenta alguna condición, situación o dificultad que pueda requerir adaptaciones, apoyos o acompañamiento durante su trayectoria académica? _____

En caso afirmativo, indique cuáles:

☐ Visuales

☐ Auditivas

☐ Motrices

☐ Comunicación y lenguaje

☐ Lectura y escritura

☐ Atención y concentración

☐ Organización y planificación de tareas

☐ Comprensión lectora

☐ Otra

Especifique:

5. TRAYECTORIA EDUCATIVA

Escuela secundaria de procedencia:

Año de egreso: _____

¿Identifica actualmente alguna dificultad que pueda afectar su desempeño académico?

- ☐ Organización del tiempo
- ☐ Métodos de estudio
- ☐ Comprensión de textos académicos
- ☐ Resolución de exámenes
- ☐ Adaptación a la vida universitaria
- ☐ Situación laboral
- ☐ Situación económica
- ☐ Distancia o transporte
- ☐ Ninguna
- ☐ Otra

Especifique:

6. OBSERVACIONES

DECLARACIÓN JURADA

Declaro que la información consignada en la presente ficha es veraz y completa según mi leal saber y entender. Asimismo, me comprometo a comunicar a la institución, en el término de 24hs, cualquier modificación significativa en los datos aquí informados que pudiera resultar relevante para mi seguridad, bienestar o trayectoria académica, y entregar en 5 días hábiles una nueva ficha de salud.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Fecha: ____/____/____