



Res. 01/14 – Ministerio de Educación de la
Provincia del Chubut

Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico
Ficha Médica
(A completar por el/la médico/a)

Apellido y nombre: _____

DNI: _____

Edad: _____ Grupo Sanguíneo: _____ RH: _____

Altura _____ Peso _____

Dejo constancia que en la localidad de _____ a los _____ del mes de _____ del año _____ he evaluado y revisado a _____ por solicitud del Instituto de Estudios Superiores IDES Trelew y por lo tanto concluyo que, al momento del examen, se encuentra apto/a físicamente para la práctica de actividades y para el cursado de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico.

Fecha:

Firma y sello del médico interviniente