
CONDICIONES DE INGRESO - 2021 -

A) Recepción de Documentación Administrativa:

Enviar la documentación detallada abajo al correo **ingreso@facdef.unt.edu.ar desde el 03 de febrero al 01 de marzo de 2021**, (la documentación enviada por correo electrónico deberá ser presentada en formato papel una vez reintegrada la presencialidad)

- a) Archivo PDF de Preinscripción por Internet: www.facdef.unt.edu.ar
- b) 2 (dos) fotografías ¾ perfil derecho.
- c) Constancia Original de Estudios Secundarios.
Con o sin materias adeudadas.
- d) Fotocopia del Documento Nacional de Identidad (D.N.I.).
- e) Acta de Nacimiento Legalizada y Actualizada.
- f) Cupón de Aporte en el que consta el Depósito de \$ 1000.- (pesos mil), para Pago de Seguro de Vida y Accidente, que se efectuará en la Cuenta Corriente en Pesos N° 4811021716 , del Banco Nación (cualquier sucursal) o mediante Transferencia Bancaria (CBU 0110481720048110217167, no olvide guardar el cupón emitido por el Banco);

B) Estudios Médicos:

Los Estudios Médicos se presentarán por el correo que se indico en formato pdf o imágenes scaneadas claras de las dos hojas
Procedimiento:

2- Confección de Ficha Médica, con datos personales.(Hospital o Instituto Privado) en las dos ultimas hojas de este documento

Estudios a realizar:

1- Radiografías:

- Torax: de frente, con informe e identificación en la placa.
- Lumbo-sacra: frente y perfil, con informe e identificación en la placa.
- Radiografía de lesión ósea -preexistente - frente y perfil.

2- Análisis de sangre:

- Citológico completo.
- Eritrosedimentación.
- Glucemia.
- V.D.R.L.
- Factor, grupo sanguíneo.
- Triglicéridos.
- Colesterol Total. HDL colesterol.
- Transaminasa (GOT-GPT)
- Tiempo de Protombina.
- Hemaglutinación Indirecta (H.A.I.) y Enzimo Inmuno Ensayo (ELISA), para Chagas.

3- Análisis de orina completo.

4-Electrocardiograma en reposo y en esfuerzo (con informe). 5- PPD (con informe especificando mm.)

6- Vacuna doble adultos.

7- Electroencefalograma (con informe)

8- Examen Bucodental, con Certificado APTO.

9- Examen Oftalmológico, con Certificado APTO.

**IMPRIMIR LAS DOS SIGUIENTES PÁGINAS PARA QUE EL
MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD PUEDA
COMPLETARLAS Y PRESENTARLA CON TODOS LOS
REQUISITOS ADMINISTRATIVOS**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMAN



FACULTAD DE EDUCACIÓN FÍSICA

DECLARACION JURADA

San Miguel de Tucumán

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y Nombres _____

Domicilio en Tucumán _____ Tel. Fijo: _____

Estudios Secundarios _____ Fecha de Nac: ____ / ____ / ____

Nacionalidad _____ Procedencia _____

Domicilio _____

Teléfono Celular: _____

DATOS

Enfermedades que padeció _____

Intervenciones quirúrgicas _____

Traumas
Deportivos: _____

APARATO RESPIRATORIO

Examen Físico _____

Rx Tórax: _____ PPD: _____ VAC. DOBLE _____

APARATO CARDIOVASCULAR

Examen Físico _____

ECG _____

Ergometría _____

Presión Arterial: Mx _____ Min _____ Pulso _____

SISTEMA NERVIOSO

EEG _____ Motricidad _____

Sensibilidad _____ Coordinación _____

Equilibrio _____ Reflejos _____

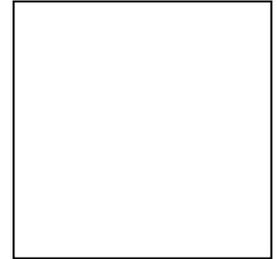
SISTEMA OSTEOARTICULAR

Rx Columna Lumbo Sacra _____

EXAMEN FISICO _____

Hernias: _____

Quirúrgica: _____





UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMAN



FACULTAD DE EDUCACIÓN FÍSICA

DECLARACION JURADA

LABORATORIO

Hemograma: Glóbulos Rojos Nº _____ HTO _____ HB _____ GB _____

Eritrosedimentación: _____ Glucemia : _____ VDRL _____ Triglicéridos _____

Colesterol Total: _____ HDL Colesterol: _____ LDL Colesterol: _____

GOT _____ GPT _____ T. De Protombina _____

Grupo Sanguíneo: _____ Factor: _____ HAI y ELISA: _____

Orina Completo: _____ Sedimento Coloreado: _____

DERIVACION: _____

Causa: _____

APTO CLINICO: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma _____

Observaciones: _____

APTO ODONTOLOGICO

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma: _____

APTO OFTALMOLOGICO

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma: _____