



Universidad Nacional del Nordeste
Rectorado

1994 - 2024
30 años
De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA DE APTITUD PSICOFÍSICA PARA MOVILIDAD ESTUDIANTIL

Este formulario busca recolectar información esencial sobre la salud física y mental del estudiante, proporcionando un entendimiento claro de su estado de salud antes de su partida. Es recomendable que sea revisado y, si es posible, validado por un profesional médico para asegurar su exactitud y veracidad.

UNIVERSIDAD DE ORIGEN: _____

PROGRAMA DE MOVILIDAD: _____ DURACIÓN: _____

UNIVERSIDAD DE DESTINO: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Pasaporte/DNI/C.I.: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

DECLARACIÓN DE SALUD FÍSICA:

1. ¿Padece alguna condición médica crónica que requiera tratamiento o seguimiento continuo?

- Sí

- No

Si respondió "Sí", describa la condición y el tratamiento actual:



Universidad Nacional del Nordeste
Rectorado

1994 - 2024
30 años
De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

2. ¿Tiene alguna restricción física que pueda afectar su participación en actividades académicas o cotidianas durante la movilidad?

- Sí

- No

Si respondió "Sí", describa la condición y el tratamiento actual:

3. Listado de medicamentos actuales (si aplica):

4. Fecha de último examen médico general:

Declaración de Salud Mental:

1. En los últimos 12 meses, ¿ha consultado a un profesional de la salud mental por algún motivo?

- Sí

- No

Si respondió "Sí", proporcione detalles y si está bajo tratamiento, indique el tipo y duración:



Universidad Nacional del Nordeste
Rectorado

1994 - 2024
30 años
De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

2. ¿Considera que tiene el apoyo emocional necesario para enfrentar el cambio y los desafíos de un entorno nuevo y diferente?

- Sí

- No

3. Describa cualquier preocupación de salud mental que tenga sobre su estancia en el extranjero:

Certificaciones y Autorizaciones:

- Certifico que las respuestas proporcionadas en este formulario son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

- Autorizo a la universidad y al programa de movilidad a compartir mi información de salud con profesionales médicos si se considera necesario durante mi periodo de movilidad.

Firma del Estudiante: _____

Fecha: _____

Firma del Médico (Opcional, para validación de datos de salud):

Fecha: _____

Firma y Sello del Médico: _____

Nota Importante:

Este formulario es una declaración jurada. La falsedad de declaración es motivo de sanciones académicas y legales conforme a las leyes aplicables.