



**PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA
FICHA MÉDICA**

Foto

APELLIDO Y NOMBRES: DNI:
CURSO:

A LLENAR POR EL ASPIRANTE

Nació de parto normal **SÍ NO**

En caso de contestar NO, comente en forma resumida el problema

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

SÍ NO
Sarampión
Varicela
Rubéola
Escarlatina
Tos convulsa
Paperas
Otras
Asma
Epilepsia
Hepatitis
Alergias

¿A qué?
Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento
Fracturas
Intervenciones quirúrgicas
¿Cuáles?.....
Embarazos/Partos

Antecedentes de enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas

¿Toma psicofármacos?

¿Cuáles?.....

NOTA: En caso de haber padecido alguna enfermedad o accidente que no figure en la planilla descríbala a continuación:

.....
.....

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA; CUALQUIER OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

Firma

Aclaración

Para menores de 21 años:

Firma padres/ tutores

Aclaración

A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO

EXAMEN FÍSICO

Edad: Talla: Peso:
Grupo Sanguíneo: Factor RH:

SEMIOLÓGÍA (Consignar solo datos positivos)

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Aparato Digestivo:

Aparato Osteomusculoarticular:

Columna vertebral: Pies:
Componente muscular:
Componente graso:
MMSS: MMII:

Agudeza Visual: V. Cromática:
Examen Odontológico: Caries:
P. dentales faltantes:

Observaciones:
.....
.....

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:
Rx/Abreugrafía:
Ergometría:
Vacunas: BCG DOBLE

APTO TRANSITORIO: SI NO
APTO DEFINITIVO: SI NO
NO APTO: SI NO

.....
Firma y sello del médico interviniente

Fecha

Por favor haga un círculo en el Apto que otorga o tache lo que no corresponda