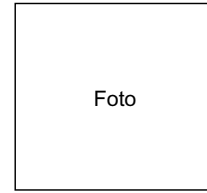




PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA
FICHA MÉDICA



Foto

APELLIDO Y NOMBRES: DNI:

A LLENAR POR EL ASPIRANTE

SÍ NO

Nació de parto normal
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

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

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

Firma

Aclaración

APTO TRANSITORIO

APTO DEFINITIVO

NO APTO

A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO

EXAMEN FÍSICO

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

SEMIOLOGÍA (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

.....
Firma y sello del médico interviniente