

**PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA
FICHA MÉDICA**

INSTITUTO MODELO DE EDUCACIÓN FÍSICA

APELLIDO Y NOMBRES: DNI:

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?	☐	☐
Embarazo/Partos	☐	☐

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

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

.....
Firma

.....
Aclaración

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 ☐

APTO PSICOLÓGICO

APTO DEFINITIVO

.....
Firma y sello del médico interviniente