



**PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA  
FICHA MÉDICA**

Foto

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**

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos convulsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A qué? .....		
Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenciones quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles? .....		
Embarazos/Partos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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