



## 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

	SÍ-NO
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

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

### 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

**Atención: Indicar si el/la Estudiante posee:**

APTO TRANSITORIO .....

APTO DEFINITIVO .....

NO APTO .....

.....

Firma y sello del médico interviniente