PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA
TECNICATURA SUPERIOR EN PRÁCTICAS DEPORTIVAS

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 descríbala a continuación: .....
.....
.....
.....

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

Firma del aspirante 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/Radiografía de torax: .....
Ergometría: .....

Vacunas: BCG ☐ DOBLE ☐

APTO TRANSITORIO .....
APTO DEFINITIVO .....
NO APTO .....

.....
Firma y sello del médico interviniente