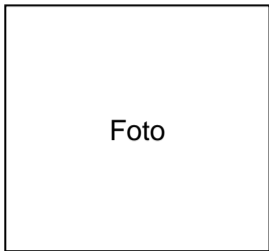




Subsecretaría de Educación

**PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA
INSTITUTO SUPERIOR "DE LA SALLE"
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

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:

.....

.....

.....

A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO y ESPECIALISTAS

EXAMEN FÍSICO

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

SEMIOLÓGÍA (Consignar solo datos positivos)

Aparato respiratorio:

.....

Aparato Cardiovascular:

.....

Aparato Digestivo:

.....

Aparato Osteomusculoarticular:

.....

Columna vertebral:

Pies:

Componente muscular:

Componente grasa:

MMSS:

MMII:

Exámen Oftalmológico: fecha...../...../.....

Firma:

Agudeza Visual:

V. Cromática:

Examen Odontológico: fecha/...../.....

Firma:

Caries:.....

P. dentales faltantes:.....

.....

Observaciones:

.....

.....

.....

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

Firma

Aclaración

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio: fecha...../...../.....Firma:

Rx Torax Frente: fecha...../...../.....Firma:

Ergometría: fecha...../...../..... Firma:

ECG: fecha...../...../.....Firma:

Fonoaudiológico (Audiometría y Examen de dicción).

fecha...../...../.....Firma:

Vacunas: BCG

DOBLE

OBSERVACIONES E INDICACIONES.

CONCLUSIONES

Completar en la línea de puntos (con las palabras **APTO PSICOFÍSICAMENTE / NO APTO PSICOFÍSICAMENTE**) de la siguiente leyenda:

“El paciente, en base a los estudios realizados, se encuentra para cursar las actividades del Profesorado de Educación Física”.

FIRMA Y SELLO.....

ACLARACIÓN.....

MATRICULA.....

FECHA DE EMISIÓN.....