



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.....