DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Goyena
Instituto Superior Dr. Pedro Goyena

Dirección General de Cultura y Educación
Gobierno de la Provincia de Buenos Aires
Subsecretaría de Educación

A2

Profesorado de Educación Física.
Ficha médica.

Apellidos y Nombres: .....

DNI: .....

FOTO

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:

.....

.....

.....

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