



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**

Sarampión **SÍ NO**

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

**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 graso: .....

MMSS: .....

MMII: .....

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

Firma:

Agudeza Visual: .....

V. Cromática: .....

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

Firma:

Caries:.....

P. dentales faltantes:.....

**Observaciones:**

.....  
.....  
.....

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

**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.....