# PROFESORADO DE EDUCACION SECUNDARIA EN …………………

# FICHA MÉDICA

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 AclaraciónAPTO TRANSITORIO ..................................................APTO DEFINITIVO ......................................................NO APTO ....................................................................OBSERVACIONES | A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICOEXAMEN FÍSICOEdad: ........... 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 COMPLEMENTARIOSLaboratorio: .................................................................Rx/Abreugrafía: ...........................................................Ergometría: .................................................................Vacunas: BCG [ ]  DOBLE [ ] ……………………………………………………….Firma y sello del médico intervinienteEXÁMENES PSICOLOGICO APTO TRANSITORIO ..................................................………………………………………………………………APTO DEFINITIVO ......................................................………………………………………………………………NO APTO ....................................................................……………………………………………………………………………………………………………………….Firma y sello del médico interviniente |