# 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 Aclaración  APTO TRANSITORIO ..................................................  APTO DEFINITIVO ......................................................  NO APTO ....................................................................  OBSERVACIONES | A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICOEXAMEN 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 EXÁMENES PSICOLOGICO   APTO TRANSITORIO ..................................................  ………………………………………………………………  APTO DEFINITIVO ......................................................  ………………………………………………………………  NO APTO ....................................................................  ………………………………………………………………  ……………………………………………………….Firma y sello del médico interviniente |