



FICHA MÉDICA

Apellido y Nombre:DNI:

A LLENAR POR EL ASPIRANTE

Nació de parto normal: SI ☐ NO ☐

En caso de contestar **NO**, comente en forma resumida el problema:

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

Escarlatina SI ☐ NO ☐

Sarampión SI ☐ NO ☐

Paperas SI ☐ NO ☐

Tos convulsa SI ☐ NO ☐

Rubéola SI ☐ NO ☐

Varicela SI ☐ NO ☐

Otras

Asma: SI ☐ NO ☐

Epilepsia SI ☐ NO ☐

Hepatitis: SI ☐ NO ☐

Alergias: SI ☐ NO ☐ ¿A qué?:

Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento: SI ☐ NO ☐

Fracturas: SI ☐ NO ☐

Intervenciones quirúrgicas SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles?:

Embarazos/Partos SI ☐ NO ☐

Antecedentes de enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas SI ☐ NO ☐

¿Toma psicofármacos? SI ☐ NO ☐

¿Cuáles?:

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

Para menores de 21 años

Firma padres/tutores:Aclaración

A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO – EXAMEN FÍSICO

Edad: años - Talla: - Peso: kg. - Grupo Sanguíneo: - Factor RH:

SEMIOLÓGIA (Consignar sólo 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:

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio: Rx/Abreugrafía: Ergometría: Vacunas: BCG: ☐ DOBLE: ☐

APTO: TRANSITORIOSI ☐ NO ☐

DEFINITIVO: SI ☐ NO ☐

NO APTO SI ☐

Firma y sello del médico:

Fecha:/...../.....