



FICHA MÉDICA

Foto

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

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