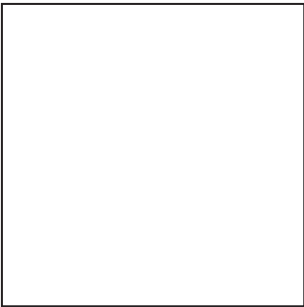


APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____



A LLENAR POR EL ASPIRANTE

Nació por parto normal

SI

NO

☐

☐

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

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

Sarampión

Varicela

Rubéola

Escarlarina

Tos convulsa

Paperas

Otras

Asma

Epilepsia

Hepatitis

Alergias

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

¿A qué? _____

Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento

Fracturas

Intervenciones quirúrgicas

☐

☐

☐

☐

☐

☐

¿Cuáles? _____

Embarazos / Partos

☐

☐

EXPERIENCIA DEPORTIVA

¿Realizaste alguna vez deportes?

¿En qué contexto? Escolar / Amateur / Profesional

¿Qué deporte/s?

☐

☐

☐

☐

☐

☐

¿Tuviste o tenés alguna dificultad para realizar actividad física, deportiva o recreativa?

¿Cuál?.....

☐

☐

NOTA: en caso de haber padecido alguna enfermedad o accidente que no figure en la planilla, la debés describir a continuación.....

OBSERVACIONES: Aquí debés registrar si tenés alguna dificultad para transitar el Profesorado de Ed. Física y creas que lo tenés que comunicar _____

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ES COMPLETA Y VERÍDICA; CUALQUIER OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

Firma

Aclaración

A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO

EXÁMEN 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:

.....

.....

ADJUNTAR EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Apto Fonoaudiológico:.....

Laboratorio:

Radiografía:

Ergometría:

Vacunas: BCG ☐ DOBLE ☐

APTO TRANSITORIO:

APTO DEFINITIVO:

NO APTO:

Firma

Aclaración