

FICHA MÉDICA – APTITUD FÍSICA

Foto

APELLIDO Y NOMBRES:
 DNI:

A LLENAR POR EL ASPIRANTE

Nació de parto normal **SÍ NO**

 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