

FICHA MÉDICA – PSICOFÍSICO – INGRESO 20__

PROFESORADO DE	
APELLIDO Y NOMBRES: _____ DNI: _____	
(A COMPLETAR POR LOS PRECEPTORES) N° DE LEGAJO / ID _____ :	
<p style="text-align: center;">A LLENAR POR EL ASPIRANTE (Alumno)</p> <p style="text-align: right;">SÍ/NO</p> <p>Nació de parto normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>En caso de contestar NO, comente en forma resumida el motivo: _____</p> <hr/> <p style="text-align: center;">ENFERMEDADES DE LA INFANCIA</p> <p style="text-align: right;">SÍ/NO</p> <p>Sarampión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Varicela <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Rubéola <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Escarlatina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tos convulsa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Paperas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otras: _____</p> <hr/> <p style="text-align: center;">OTRAS ENFERMEDADES</p> <p style="text-align: right;">SÍ/NO</p> <p>Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hepatitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alergias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>¿A qué? _____</p> <hr/> <p style="text-align: right;">SÍ/NO</p> <p>Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fracturas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Intervenciones quirúrgicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuáles? _____</p> <hr/> <p>Embarazos/Partos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>¿Padece alguna enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Indicar cual: _____</p> <p>¿Toma algún medicamento? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>indique cual/es _____</p> <hr/> <p>NOTA: En caso de haber padecido alguna enfermedad o accidente que no figure en la planilla descríbala a continuación: _____</p> <hr/> <p>DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA; CUALQUIER OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD y SE REALIZA PARA SER ARCHIVADA EN EL ISFT N° 179</p> <p>FECHA: ____/____/____</p>	<p style="text-align: center;">A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO</p> <p style="text-align: center;">EXAMEN FÍSICO</p> <p>Edad: _____ Talla: _____ Peso: _____</p> <p>Grupo Sanguíneo: _____ Factor RH: _____</p> <p style="text-align: center;">INFORME DE APTITUD CLÍNICA</p> <p>Observaciones: _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>POR EL PRESENTE SE DECLARA LA APTITUD FÍSICA DEL INTERESADO QUEDANDO APTO PARA REALIZAR ESTUDIOS Y PRÁCTICAS</p> <p>FECHA: ____/____/____</p> <p style="text-align: center;"> Firma Aclaración Dr/Dra </p> <hr/> <p style="text-align: center;">INFORME DE APTITUD PSICOLÓGICA (A llenar exclusivamente por Prof. Psicólogo o Psiquiatra)</p> <p>Observaciones: _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>POR EL PRESENTE SE DECLARA LA APTITUD PSICOLÓGICA DEL INTERESADO QUEDANDO APTO PARA REALIZAR ESTUDIOS Y PRÁCTICAS</p> <p>FECHA: ____/____/____</p> <p style="text-align: center;"> Firma Aclaración </p>
Firma	Aclaración
Firma	Aclaración