DIRECCION DE EDUCACION SUPERIOR

ANEXO 3691 VILLA GESELL- INSTITUTO

SUPERIOR DE FORMACION DOCENTE N°169

PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA

FICHA MÉDICA 2023

INSCRIPTO N°.....

Anexo 3691 – I.S.F.D. 169

Villa Gesell

APELLIDO Y NOMBRE	DNI	
A LLENAR POR EL ASPIRANTE (Completar TODOS los ítems o campos antes de entregar al médico)		
¿Padeces de algunas de éstas patologías?	SI	NO
Asma		
Epilepsia		
Afección cardíaca		
Especificar alguna otra patología no mencionada		
Especificar:		
Otra información médica que se deba tener en cuenta:		

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA, CUALQUIER OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD

Lugar y

fecha.....

.....

Firma del aspirante Aclaración

EXAMEN OFTALMOLOGÍCO Y OTORRINOLÓGICO	EXAMEN ODONTOLÓGICO
Agudeza visual:.....	Caries:.....
V. cromática:.....	Con tratamiento..... Sin tratamiento.....
Agudeza auditiva:.....	Observaciones:.....

<u>A LLENAR POR EL MEDICO CLÍNICO</u> (Completar TODOS los ítems o campos)

Edad: Talla: Peso: **Grupo sanguíneo Factor Rh:**

Indicar algún inconveniente y/o impedimento funcional en:
Sistema respiratorio: .....
Sistema cardiovascular:.....

Sistema Digestivo:.....
Sistema neuroendódrino:.....
Sistema osteo-artro-muscular:.....
Alteración metabólica (Resistencia a la insulina, diabetes, hipertiroidismo, obesidad, otras de importancia).....
Análisis Clínico de rutina:.....

PLAN DE VACUNACION VIGENTE				EL PROFESIONAL INTERVINIENTE DEBE CERTIFICAR EN EL SIGUIENTE RECUADRO EL APTO MÉDICO
VACUNAS	HEPATITIS B	HPV	DOBLE	Certifico al día de la fecha que la persona
				de esta ficha tiene el APTO MÉDICO para
FECHAS				realizar TODO TIPO DE **ACTIVIDAD**
PARA LA INSTITUCIÓN ADJUNTAR EXÁMENES COMPLEMENTARIOS A ESTA PLANLLA. **ESTUDIOS** FECHA Ergometría Certificado confeccionado por el traumatólogo que diga *"Aptitud Física para realizar actividades de* o/to *impacto"* ~~Observaciones:~~				**FÍSICA** Sello y firma del médico interviniente Lugar y fecha .....

Verifique que se hayan completados TODOS los ítems o campos — En caso de haber campos incompletos NO SE **RECIBIRA**

FICHARECIBIDAPOR:.....
FECHA:..... OBSERVACIONES.