



APELLIDO Y NOMBRE		DNI	
A LLENAR POR EL ASPIRANTE (Completar TODOS los ítems o campos antes de entregar al médico)			
¿Padece 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:..... ..

A LLENAR POR EL MEDICO CLÍNICO (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:.....

