DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN — GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

FICHA DE APTITUD PSICOFÍSICA FORMACIÓN DE GRADO-CARRERAS.

Lenguaje: _____ **Año:** _____

A: **Datos a completar por el alumno:**

Nombre y Apellido: _____ **Documento:** _____ **N°:** _____

Nacionalidad: _____ **Estado Civil:** _____

En caso de emergencia avisar a: _____

Grupo y Factor sanguíneo: _____ **Edad:** _____

Peso: _____ **Talla:** _____

ANTECEDENTES: RESPONDER SI-NO EN CADA CASO

• Cefaleas	SI ☐ NO ☐	• Miopía	SI ☐ NO ☐	• Palpitaciones	SI ☐ NO ☐
• Epilepsia	SI ☐ NO ☐	• Astigmatismo	SI ☐ NO ☐	• Marcapasos	SI ☐ NO ☐
• Convulsiones	SI ☐ NO ☐	• Presión ocular	SI ☐ NO ☐	• Infartos	SI ☐ NO ☐
• Pérdida de conocimiento	SI ☐ NO ☐	• Tuberculosis	SI ☐ NO ☐	• Dolor de pecho	SI ☐ NO ☐
• Derrames cerebrales	SI ☐ NO ☐	• Alergias	SI ☐ NO ☐	• Cardiopatías	SI ☐ NO ☐
• Parálisis	SI ☐ NO ☐	• Asma Bronquial	SI ☐ NO ☐	• Presión Valor: _____	SI ☐ NO ☐
• Úlceras	SI ☐ NO ☐	• Neumonías	SI ☐ NO ☐	• Hernias	SI ☐ NO ☐
• Hepatitis	SI ☐ NO ☐	• Broncoespasmos	SI ☐ NO ☐	• Tiroides	SI ☐ NO ☐
• Enf. Renales	SI ☐ NO ☐	• Enf. Ginecológicas	SI ☐ NO ☐	• Colesterol	SI ☐ NO ☐
• Diabetes	SI ☐ NO ☐	• Gota	SI ☐ NO ☐	• Prótesis	SI ☐ NO ☐
• Amputaciones	SI ☐ NO ☐	• Malformaciones	SI ☐ NO ☐	• Meningitis	SI ☐ NO ☐
• Pérdida de fuerza:	SI ☐ NO ☐	• Desviaciones de columna	SI ☐ NO ☐		

Otras enfermedades: _____

¿Cuáles? _____ **¿Cuándo?** _____

Cirugías: _____ **¿Cuáles?** _____ **¿Cuándo?** _____

Fuma: _____ **Consume alcohol:** _____

Medicamentos que consume: _____

_____

Firma del alumno: _____ **Aclaración:** _____