

## TECNICATURA SUPERIOR EN PRÁCTICAS DEPORTIVAS Res. Nº 2786/20

### FICHA MÉDICA

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 Y ACLARACION DEL ESTUDIANTE

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 grasa: .....

MMSS: ..... MMII: .....

Agudeza Visual: ..... V. Cromática: .....

Examen Odontológico: Caries: .....

P. dentales faltantes: .....

Observaciones: .....

.....

.....

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio: .....

Rx/Abreugrafía: .....

Ergometría: .....

Vacunas BCG: ..... Otras: .....

.....  
Firma y sello del medico interviniente