



INGRESO 201_

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos convulsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A qué?		
Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenciones quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles?		
Embarazos/Partos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: En caso de haber padecido alguna enfermedad o accidente que no figure en la planilla descríbala a continuación:

Tratamiento Psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma medicación Psiquiátrica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA; CUALQUIER OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.
(A llenar por el ingresante)

Firma

Aclaración

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:

Exámen Auditivo:

Observaciones:

Vacunas: BCG DOBLE

APTO TRANSITORIO

APTO DEFINITIVO

NO APTO

Firma y sello del médico interviniente