

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA

<b>Apellido y Nombres:</b>	<b>DNI:</b>									
<p style="text-align: center;"><b>A LLENAR POR EL ASPIRANTE</b></p> <p style="text-align: right;"><b>SÍ NO</b></p> <p>Nació de parto normal <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>En caso de contestar NO, comente en forma resumida el problema .....</p> <p style="text-align: center;"><b>ENFERMEDADES DE LA INFANCIA</b></p> <p style="text-align: right;"><b>SÍ NO</b></p> <p>Sarampión <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Varicela <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Rubéola <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Escarlatina <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Tos convulsa <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Paperas <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Otras <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Asma <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Epilepsia <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Hepatitis <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Alergias <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>¿A qué? .....</p> <p>Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Fracturas <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Intervenciones quirúrgicas <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>¿Cuáles?.....</p> <p>Embarazos/Partos <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Antecedentes de enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>¿Toma psicofármacos? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>¿Cuáles?.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><b>NOTA: En caso de haber padecido alguna enfermedad o accidente que no figure en la planilla descríbala a continuación:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA; CUALQUIER OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.</p> <p style="text-align: center;">Firma <span style="margin-left: 100px;">Aclaración</span></p> <p style="text-align: center;"><b><u>Para menores de 21 años:</u></b></p> <p style="text-align: center;">Firma padres/ tutores <span style="margin-left: 100px;">Aclaración</span></p>	<p style="text-align: center;"><b>A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>EXAMEN FÍSICO</b></p> <p>Edad: ..... Talla: ..... Peso: .....</p> <p>Grupo Sanguíneo: ..... Factor RH: .....</p> <p style="text-align: center;"><b><u>SEMIOLÓGÍA</u></b> (Consignar solo datos positivos)</p> <p><b>Aparato Respiratorio:</b></p> <p><b>Aparato Cardiovascular:</b></p> <p><b>Aparato Digestivo:</b></p> <p><b>Aparato Osteomusculoarticular:</b></p> <p>Columna vertebral: ..... Pies: .....</p> <p>Componente muscular: .....</p> <p>Componente grasa: .....</p> <p>MMSS: ..... MMII: .....</p> <p>Agudeza Visual: ..... V. Cromática: .....</p> <p>Examen Odontológico: Caries: .....</p> <p>P. dentales faltantes: .....</p> <p>Observaciones: .....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><b>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS</b></p> <p>Laboratorio: .....</p> <p>Rx/Abreugrafía: .....</p> <p>Ergometría: .....</p> <p>Vacunas: BCG <input type="checkbox"/> DOBLE <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"><b><u>APTO TRANSITORIO:</u></b></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>SI</b></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>NO</b></td> </tr> <tr> <td><b><u>APTO DEFINITIVO:</u></b></td> <td style="text-align: center;"><b>SI</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NO</b></td> </tr> <tr> <td><b><u>NO APTO:</u></b></td> <td style="text-align: center;"><b>SI</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NO</b></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">.....</p> <p style="text-align: center;">Firma y sello del médico interviniente</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Fecha</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Por favor haga un círculo en el Apto que otorga o tache lo que no corresponda</p> </div>	<b><u>APTO TRANSITORIO:</u></b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b><u>APTO DEFINITIVO:</u></b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b><u>NO APTO:</u></b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b><u>APTO TRANSITORIO:</u></b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>								
<b><u>APTO DEFINITIVO:</u></b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>								
<b><u>NO APTO:</u></b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>								