**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

**INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN**

**Docente y Técnica N 56**

**La Matanza**

# 

**CERTIFICADO DE APTITUD FISICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido y Nombres: DNI:** | |
| **A LLENAR POR EL ASPIRANTE**    **SÍ NO**  Nació de parto normal    En caso de contestar NO, comente en forma resumida el problema .................................................................. ......................................................................................    ENFERMEDADES DE LA INFANCIA  **SÍ NO**  Sarampión          Varice  la      Rubéola      Escarlatina      Tos convulsa      Paperas      Otras      Asma      Epilepsia      Hepatitis      Alergias        Traumatismo de cráneo con pérdida    de conocimiento      Fracturas      Intervenciones quirúrgicas      ¿Cuáles?...................................................................    Embarazos/Partos        Antecedentes de enfermedades      psicológicas y/o psiquiátricas      ¿Toma psicofármacos?        ¿Cuáles?.........................................................................  .......................................................................................      **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 Aclaración      **Para menores de 21 años:**        Firma padres/ tutores 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 graso: ....................................................  MMSS: .................................. MMII: ...........................    Agudeza Visual: .................... V. Cromática: ..............  Examen Odontológico: Caries: ...................................  P. dentales faltantes: ...................................................    Observaciones: ........................................................... .....................................................................................  ..................................................................................... .....................................................................................      **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**    **Laboratorio:** .................................................................  **Rx/Abreugrafía:** ...........................................................  **Ergometría:** .................................................................  **Vacunas**: **BCG DOBLE**         |  | | --- | | **APTO TRANSITORIO: SI NO**    **APTO DEFINITIVO: SI NO**    **NO APTO: SI NO**          Firma y sello del médico interviniente    Fecha    Por favor haga un círculo en el Apto que otorga o tache lo que no corresponda | |