**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     Varicela   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  |

 |