

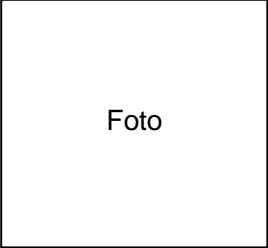


Dirección General de  
Cultura y Educación  
Gobierno de la Provincia  
de Buenos Aires

A2

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR  
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN  
DOCENTE Y TÉCNICA “Juan Pablo II”

Subsecretaría de Educación



Foto

PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA- FICHA MÉDICA 2024

APELLIDO Y NOMBRES: ..... DNI: .....

A LLENAR POR EL ASPIRANTE		A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO	
		<b>EXAMEN FÍSICO</b>	
Nació de parto normal	<b>SÍ NO</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Edad: ..... Talla: ..... Peso: ..... Grupo Sanguíneo: ..... Factor RH: .....	
En caso de contestar NO, comente en forma resumida el problema ..... .....		SEMIOLOGÍA (Consignar solo datos positivos)	
<b>ENFERMEDADES DE LA INFANCIA</b>		Aparato respiratorio: ..... .....	
Sarampión	<b>SÍ NO</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aparato Cardiovascular: ..... .....	
Varicela	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aparato Digestivo: ..... .....	
Rubéola	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aparato Osteomusculoarticular: ..... .....	
Escarlatina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Columna vertebral: ..... Pies: .....	
Tos convulsa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Componente muscular: .....	
Paperas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Componente graso: .....	
Otras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MMSS: ..... MMII: .....	
Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Agudeza Visual: ..... V. Cromática: .....	
Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Examen Odontológico: Caries: .....	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	P. dentales faltantes: .....	
Alergias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Observaciones: ..... ..... .....	
¿A qué? .....		<b>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS</b>	
Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laboratorio: .....	
Fracturas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rx/Abreugrafía: .....	
Intervenciones quirúrgicas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ergometría: .....	
¿Cuáles?.....		Vacunas: BCG <input type="checkbox"/> DOBLE <input type="checkbox"/>	
Embarazos/Partos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b><u>EL ALUMNO ..... ESTÁ APTO PSICOFISICAMENTE PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA.</u></b>	
NOTA: En caso de haber padecido alguna enfermedad o accidente que no figure en la planilla describala a continuación: ..... ..... .....		<div></div> <div>..... Firma y sello del médico</div>	
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA; CUALQUIER OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.			
Firma	Aclaración		
APTO TRANSITORIO .....			
APTO DEFINITIVO .....			
NO APTO .....			