



# FICHA MEDICA FINAL

APELLIDO Y NOMBRES: .....

DNI: ..... EDAD: ..... GRUPO SANGUINEO ..... RH: .....

ANTECEDENTES PERSONALES: .....

.....

TALLA: ..... PESO: ..... ESTADO ACTUAL: .....

Marque según corresponda  
(S/P Sin Particularidades – C/P Con Particularidades)

Evaluación Traumatológica	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Antitetánica	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Electro C. G.	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Eco C. G.	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Ergometría	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Examen ORL	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Examen Fonoaudiológico	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Hemograma	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Glicemia	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Uremia	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Eritrosedimentación	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Colesterol	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
V.D.R.L.	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Chagas	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>
Orina	<input type="checkbox"/> S/P <input type="checkbox"/> C/P	Obs.	<input type="text"/>

Dejo constancia que en la localidad de ..... a los ..... del mes de ..... del año 20....., he evaluado y revisado los estudios y análisis solicitados por el Instituto Superior de Educación Física N° 11; como así también he examinado al paciente, por lo tanto se concluye que se encuentra en buen estado físico para la práctica de actividades física y se encuentra APTO para ingresar al cursado del Profesorado de Educación Física al momento del examen.

.....  
Estampilla

.....  
Estampilla

.....  
Firma Médico actuante

.....  
Sello Médico actuante

**Nota:** Los exámenes médicos podrán tener una antigüedad de hasta 6 (seis) mese y los datos de los mismos deberán volcarse en la presente planilla.