



FICHA MÉDICA FINAL

APELLIDO Y NOMBRE:.....

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

ANTECEDENTES PERSONALES:.....

.....

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

Evaluación Traumatológica	☐ S / P	☐ C / P	Obs	
Antitetánica	☐ S / P	☐ C / P	Obs	
E.C.G	☐ S / P	☐ C / P	Obs	
Ergometría	☐ S / P	☐ C / P	Obs	
Hemograma	☐ S / P	☐ C / P	Obs	
Plaquetas	☐ S / P	☐ C / P	Obs	
Glicemia	☐ S / P	☐ C / P	Obs	
Uremia	☐ S / P	☐ C / P	Obs	
Eritrosedimentación	☐ S / P	☐ C / P	Obs	
Colesterol	☐ S / P	☐ C / P	Obs	
V.D.R.L.	☐ S / P	☐ C / P	Obs	
Chagas	☐ S / P	☐ C / P	Obs	
Orina	☐ S / P	☐ C / P	Obs	

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 Nº11; como así también he examinado al paciente, por lo tanto se concluye que se encuentra en **buen estado psicofísico** para la práctica de actividades físicas y se encuentra **apto** para realiza el **Curso de Guardavidas** al momento del examen.

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



FICHA MÉDICA

FINAL

Estampilla

Estampilla

Firma Médico actuante

Sello Médico actuante

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