

INSTITUTO SUPERIOR
DE FORMACIÓN DOCENTE y TÉCNICA
Nº 209 “CEFERINO NAMUNCURÁ”

FICHA MÉDICA – INGRESO 2026

PROFESORADO DE
APELLIDO Y NOMBRES: _____ D.N.I.: _____ _____

A LLENAR POR EL ASPIRANTE
(Alumno/a)

FECHA: ____/____/202____
A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO

Nació de parto normal ☐ ☐ **SÍ/NO**

En caso de contestar NO, comente en forma resumida el motivo: _____

EXAMEN FÍSICO

Edad: _____ Talla: _____ Peso: _____ Grupo
Sanguíneo: _____ Factor RH: _____

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

SÍ/NO

Sarampión ☐ ☐ Varicela ☐ ☐ Rubéola ☐ ☐
Escarlatina ☐ ☐ Tos convulsa ☐ ☐ Paperas ☐ ☐
Otras: _____

SEMIOLOGÍA (Consignar solo datos positivos)
Aparato respiratorio: _____

Aparato Cardiovascular. _____

Aparato Digestivo: _____

Aparato Osteomusculoarticular: _____

OTRAS ENFERMEDADES

SÍ/NO

Asma ☐ ☐ Epilepsia ☐ ☐ Hepatitis ☐ ☐ Alergias ☐ ☐
¿A qué? _____

SÍ/NO

Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento ☐ ☐ Fracturas ☐ ☐ Intervenciones quirúrgicas ☐ ☐
¿Cuáles? _____

Embarazos/Partos ☐ ☐ ¿Padece alguna enfermedad crónica? ☐ ☐ Indicar
cual: _____ ¿Toma
algún medicamento? ☐ ☐ indique
cual/es _____

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 y SE REALIZA PARA SER ARCHIVADA EN EL ISFDyT Nº 209

Columna vertebral:..... Pies:.....
Componente muscular:.....
Componente graso:.....
MMSS:.....MMII.....
Agudeza Visual..... Cromática:.....
Examen Odontológico: Caries..... P
Dentales faltantes:.....

Observaciones:.....
.....
.....

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio.....
Rx/Abreugrafía:
Ergometría:

Vacunas: BCG ☐ DOBLE ☐

Firma y Aclaracion

Firma y sello del Medico
Interviniente