

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

FICHA MÉDICA – INGRESO 2027

PROFESORADO DE

APELLIDO Y NOMBRES: _____

D.N.I.: _____

A LLENAR POR EL ASPIRANTE

(Alumno/a)

FECHA: ____ / ____ / 202__

A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO

SÍ/NO

Nació de parto normal ☐ ☐

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

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

SÍ/NO

Sarampión ☐ ☐ Varicela ☐ ☐ Rubéola ☐ ☐

Escarlatina ☐ ☐ Tos convulsa ☐ ☐ Paperas ☐ ☐

Otras: _____

OTRAS ENFERMEDADES

SI/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

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..... 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**