

**Instituto Modelo de Educación Física**  
**PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA**  
**IMEF**

FICHA DE SALUD:

APELLIDO:.....NOMBRES:.....  
FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... EDAD:.....  
DOMICILIO:.....LOCALIDAD:.....  
TE:.....E-MAIL:.....

PERSONALES: (INDIQUE LA RESPUESTA CON SI O NO)

Enfermedades eruptivas: Sarampión:.....Rubéola:.....Varicela:.....Coqueluche:.....  
Cirugías:..... ¿cuáles?.....  
Diabetes:.....Hepatitis:.....Chagas:.....Tuberculosis:.....Asma:.....  
Vacunas: BCG:.....Doble:.....Cuádruple:.....Antisarampionosa:.....Hepatitis A:.....  
Hepatitis B:..... OTRAS:.....

EXAMEN CLINICO:

Peso:.....Talla:.....  
Aparato Locomotor: Postura:.....Col. Vertebral:.....  
Miembros:.....  
Aparato Respiratorio:.....  
Aparato Cardiovascular:.....  
Tensión Arterial:.....F.C:.....  
Aparato Digestivo:.....  
Aparato Urogenital:.....  
Otros exámenes clínicos:.....  
Visión:.....Audición:.....

EXAMEN DE LABORATORIO:

Hemograma:.....  
Eritrosedimentación:.....  
VDRL:.....  
Glucemia:.....  
Uremia:.....  
Chagas:.....  
Orina:.....

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS:

RX. de tórax:.....

ESTUDIOS FUNCIONALES:

Electrocardiograma:.....  
Ergometría:.....  
Apto Cardiológico: SI/NO

FIRMA Y SELLO MEDICO

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO:

.....

OBSERVACIONES:.....

SE DEJA CONSTANCIA QUE EL ALUMNO SE ENCUENTRA **APTO / NO APTO**, PARA CURSAR EL PROFESORADO DE EDUCACION FÍSICA.

SELLO INSTITUCIÓN

FIRMA Y SELLO MEDICO