

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:.....

FIRMA Y SELLO MÉDICO

EXAMEN FONOAUDIOLÓGICO:

.....

OBSERVACIONES:.....

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

SELLO INSTITUCIÓN

FIRMA Y SELLO MÉDICO