

**FICHA MÉDICA – CICLO LECTIVO 2026**

APELLIDO Y NOMBRES: DNI N°

PROFESORADO DE.....

A LLENAR POR EL ASPIRANTE
(Marcar con una X la respuesta correcta)**SÍ NO**Nació de parto normal
En caso de contestar NO, adjunte un escrito donde explique el problema.**ENFERMEDADES DE LA INFANCIA****SÍ NO**

Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tos convulsa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

¿A qué?

Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Intervenciones quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Cuáles?		
Embarazos/Partos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Vacunas: BCG DOBLE
Otras:

NOTA: En caso de haber padecido alguna enfermedad o accidente que no figure en la planilla describala a continuación:

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA; CUALQUIER OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

Firma:

Aclamación:

D.N.I.:

FECHA:

MUY IMPORTANTE
Los Ingresantes al Profesorado de Educación Física deberán presentar obligatoriamente el trazado del electrocardiograma.

Los Ingresantes a la Tecnicatura Sup. en Fonoaudiología deberán presentar obligatoriamente estudios de Cuerdas Vocales y Audiometría Tonal.

A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO**EXAMEN FÍSICO**Edad: Talla: Peso:
Grupo Sanguíneo: Factor RH:**SEMILOGÍA (Consignar solo datos positivos)**

Aparato respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Aparato Digestivo:

Aparato Osteomusculoarticular:

Columna vertebral: Pies:

Componente muscular:

Componente graso:

MMSS: MMII:

Agudeza Visual: V. Cromática:

Examen Odontológico: Caries:

P. dentales faltantes:

Observaciones:

EXÁMENES COMPLEMENTARIOSElectrocardiograma.....
Otros.....

APTO DEFINITIVO.....

APTO TRANSITORIO.....

OBSERVACIONES.....

Firma y sello del médico interviniente

Sello de la Institución

(Hospital Nacional, Provincial o Municipal – Clínica de Obra Social reconocida o Clínica adscripta a un sistema de Medicina pre-paga)