



**PROFESORADO DE EDUCACION FISICA –  
 FICHA MÉDICA 20.....**

Apellido y Nombres	DNI:	Legajo N°
Calle	N°:	Barrio
Localidad	Provincia	Teléfono
Lugar de Nacimiento (Localidad y Provincia)		Fecha de Nacimiento
Obra Social a la que pertenece		N° de Afiliado

**En caso de emergencia avisar a:**

Apellido y Nombres	Parentesco	
Calle	N°:	Barrio
Localidad	Provincia	Teléfono

**Antecedentes:**

1- Vacunación

Nombre	SI	NO	IGNORA
BCG			
DOBLE			
TRIPLE			
SABIN			
Refuerzo Antitetánica			
Fecha Aproximada			

2- Antecedentes Patológicos

Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aproximada
Asma			
Desmayo			
Convulsiones			
Epilepsia			
Sinusitis			
Hepatitis			
Bronquitis			
Laringitis			
Afecciones cardiacas			
Afecciones de oídos			
Problemas óseos			
Problemas articulares			
Hemorragias			
Dolores de cabeza			
Otros			

3-Alergias

	<i>Tipo o grado</i>
Comidas	
Medicamentos	
Antibióticos	
Penicilina	
Insectos	
Otros	

Firma (\*): .....  
 Aclaración: .....  
 DNI: .....

Firma: .....  
 Aclaración: .....  
 DNI: .....

Lugar y fecha: .....

(\*) En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.

4-Intervenciones quirúrgicas

Nombre	Fecha	Observaciones



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA

MINISTERIO DE EDUCACION  
SECRETARIA DE EDUCACION

Dirección General de Educación Superior

Escuela Normal Superior "Juan Bautista Alberdi"

España N° 170-Deán Funes (C.P. 5200)-Córdoba-Telefax 03521-426220

**PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA TE. 03521-423819**




Tipo	SI	No
Estimulantes		
Anabólicos		
Esteroides		

5- Durante la actividad física sufrió

	SI	No
Cansancio extremo		
Falta de aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgias		
Cefaleas		
Vómitos		

7- Medicamentos prescritos

Nombre	Observación

8-

Grupo sanguíneo	
Factor RH	

6- Medicamentos no prescritos

9- Otras enfermedades de salud que considere de importancia mencionar:

Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aproximada

10- Estudios con los que debe concurrir a la revisión médica

- a- Informe de laboratorio de análisis clínicos citológicos completo (Eritrocedimentación, Uremia, Glucemia, Orina completa, Machado Guerrero, VDRL, fórmula leucocitaria, Wasserman). Dicho laboratorio debe estar completo y no puede presentar más de 60 días de realizado al momento de la revisión médica.
- b- Radiografías con informe e identificación plomada o computarizada (Rx tórax, Columna lumbosacra frente y perfil, Columna cervical frente y perfil).
- c- Informe Oftalmológico y ORL: Audiometría y/o estudio de ojos
- d- Informe Psicológico
- e- Informe Odontológico

**INFORME MÉDICO**

Examen Físico	Peso	Kg	Examen Bucodental	Faltan piezas	SI	NO
	Talla	cm		Caries		

Examen Oftalmológico			Examen Piel y T.C.S.C:		
Agudeza Visual	Der	Izq			
Usa anteojos	SI	NO			
Otros					

Examen Cabeza y Cuello	
Auscultación	
Frecuencia cardíaca	
Tensión arterial	



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA

MINISTERIO DE EDUCACION  
SECRETARIA DE EDUCACION

Dirección General de Educación Superior

Escuela Normal Superior "Juan Bautista Alberdi"

España N° 170-Deán Funes (C.P. 5200)-Córdoba-Telefax 03521-426220

**PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA TE. 03521-423819**



Examen respiratorio	
Examen abdomen	
Examen Genitourinario	
Examen osteoarticular	
Examen Neurológico	

Examen cardiovascular	Reposo	2° Ejercicio	Recuperación

Columna vertebral	Normal	Cifosis	Lordosis	Escoliosis
Miembros superiores				
Miembros inferiores				

Si se indican exámenes complementarios, especificar e informar al final el resultado de los estudios

Impresión diagnóstica clínica		
Normal	Derivado a	Debe volver
Observaciones (si recomiendan otros exámenes complementarios, otros tratamientos particulares o cuidado especial)		

CONSTE que atendí a ..... DNI: .....  
de ..... años de edad y que se encuentra clínicamente en buen estado de salud al día de la fecha,  
pudiendo participar de las actividades programadas por la institución.

Firma del médico:

Sello:

Lugar y Fecha: .....

**NOTIFICADO**

Firma (\*): .....

Firma:

Aclaración: .....

Aclaración: .....

D.N.I: .....

D.N.I: .....

Lugar y Fecha: .....

(\*) En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.

DECLARO BAJO JURAMENTO que, en base a mi leal conocimiento, todos los datos arriba proporcionados son correctos, asumiendo plena responsabilidad por las consecuencias que pudiese ocasionar cualquier error cometido en el llenado de esta ficha.

ME COMPROMETO además a comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados, en forma inmediata. Asimismo dejo expresa constancia que AUTORIZO a la Dirección del



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA

MINISTERIO DE EDUCACION

SECRETARIA DE EDUCACION

Dirección General de Educación Superior

Escuela Normal Superior "Juan Bautista Alberdi"

España N° 170-Deán Funes (C.P. 5200)-Córdoba-Telefax 03521-426220

**PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA TE. 03521-423819**



instituto (o a quien esta designe) a hacer asistir al/la titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

Firma (\*): .....

Firma:

.....

Aclaración: .....

Aclaración: .....

D.N.I: .....

D.N.I: .....

Lugar y Fecha: .....

(\*) En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre y madre o tutor.