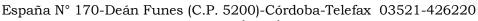


Dirección General de Educación Superior Escuela Normal Superior "Juan Bautista Alberdi"



PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA TE. 03521-423819

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

Apellido y Nombres			DNI:		Legaj	o N°	_	
Calle			N°:	Ba	rrio			
Legalidad Dussinais					T-146			
Localidad		P	rovincia	Teléfono				
Lugar de Na	acimiento (l	Localidad y Pr	ovincia)	Fe	cha de Nac	imiento		
Obra Social	a la que pe	ertenece		N	° de Afiliad	lo		
En caso de	e emergen	cia avisar a:						
Apellido y N	Jombras			Do	rentesco			
Apellido y I	NOITIDIES			T a	Tentesco			
Calle			N°:	Ba	rrio			
Localidad		P	rovincia		Teléfe	ono		
Anteceden	tog.							
1- Vacu	ınación			2-	Antec	cedentes Pa	tológicos	
Nombre	SI	NO	IGNORA	No	mbre	Tuvo	Tiene	Fecha
BCG								aproximada
DOBLE				Ası	na			
TRIPLE				Des	mayo			
SABIN				Coı	vulsiones			
Refuerzo				Epi	lepsia			
Antitetánica	Į.			Sin	usitis			
Fecha				He	atitis			
Aproximada	ı			Bro	nquitis			
			_	Lar	ingitis			
				Afe	cciones			
3-Alergia	as			car	diacas			
		Tipo o gra	ndo	Afe	cciones			
Comidas		Tipo o gre	ido	de d	oídos			
Medicament	tos			Pro	blemas			
Antibióticos				óse	os			
Penicilina)			Pro	blemas			
Insectos				arti	culares			<u> </u>
Otros				Hei	norragias			
Ouos				Do	ores de			
				cab	eza			
				Otr	os			
Firma (*):				F:				
					:			
				Aclar	ación:			
DNI:			•	DNI:				
Lugar y fe	echa:	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •						
(*) En caso	de que el titu	ılar sea menor de	21 años esta ficha de	eberá ser fir	mada por pad	re y madre o	tutor.	

4-Intervenciones quirúrgicas

Nombre	Fecha	Observaciones



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	CI	No
		<u>.</u>	51	110
		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 prescriptos	

Nombre	Observación

8-

Grupo sanguíneo	
Factor RH	

6- Medicamentos no prescriptos

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

Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha aproximada

- 10- Estudios con los que debe concurrir a la revisación 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 revisación 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

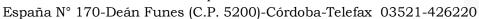
					SI	NO
Examen Físico	Peso	Kg	Examen	Faltan piezas		
	Talla	cm	Bucodental	Caries		

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

Examen Cabeza y Cuello	
Auscultación	
Frecuencia cardíaca	
Tensión arterial	



Dirección General de Educación Superior Escuela Normal Superior "Juan Bautista Alberdi"



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		1		-			
Miembros inferiores							
Si se indican exámenes	complementarios	, especificar e inf	Formar al final el resultad	lo de los estudios			
		presión diagnósti					
Normal		vado a	Debe volventarios, otros tratamient				
cuidado especial)	mendan onos exa	menes compleme	entarios, otros tratamient	os particulares o			
curaudo especiar)							
CONSTE que atendí a .			Dì	NI:			
			buen estado de saludo a				
pudiendo participar de l	_			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
patricipal de l	as as 11,10au 5 pro	Statimums por in					
Firma del médico:							
Sello:							
NOTIFICADO							
Firma (*):		I	Firma:				
Aclaración: Aclaración:							
D.N.I:	V.I:						
Lugar y Fecha:							
(*) En caso de que el titular s	as manor da 21 eños e	esta ficha dabará sar	firmada nor nadra v madra o t	utor			

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



Dirección General de Educación Superior Escuela Normal Superior "Juan Bautista Alberdi"



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:
Aclaración:
D.N.I:

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