

FICHA MÉDICA – PSICOFÍSICO – INGRESO 2025

PROFESORADO DE

APELLIDO Y NOMBRES: _____ D.N.I.: _____

A LLENAR POR EL ASPIRANTE

(Alumno)

SÍ/NO

Nació de parto normal
En caso de contestar NO, comente en forma resumida el motivo:

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

Sarampión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rubéola	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Escarlatina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tos convulsa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otras: _____	

OTRAS ENFERMEDADES

SÍ/NO

Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿A qué? _____	

SÍ/NO

Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Intervenciones quirúrgicas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Cuáles? _____	
Embarazos/Partos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Padece alguna enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Indicar cual: _____	
¿Toma algún medicamento?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
indique cual/es _____	

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

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA; CUALQUIER OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD y SE REALIZA PARA SER ARCHIVADA EN EL ISFD Nº 112

FECHA: ____ / ____ / 202.....

Firma

Aclaración

A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO

EXAMEN FÍSICO

Edad: _____ Talla: _____ Peso: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Factor RH: _____

INFORME DE APTITUD CLÍNICA

Observaciones:

POR EL PRESENTE SE DECLARA APTO / NO APTO FÍSICAMENTE PARA REALIZAR ESTUDIOS Y PRÁCTICAS DOCENTES.

FECHA: ____ / ____ / ____

Firma

Aclaración Dr/Dra

INFORME DE APTITUD PSICOLÓGICA

Observaciones:

POR EL PRESENTE SE DECLARA APTO / NO APTO PSICOLÓGICAMENTE PARA REALIZAR ESTUDIOS Y PRÁCTICAS DOCENTES.

FECHA: ____ / ____ / 202....

Firma

Aclaración