



.....

A LLENAR POR EL ASPIRANTE

Nació de parto normal SÍ NO

En caso de contestar NO, comente en forma resumida el problema

.....

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

	SÍ	NO
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?		
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"/>

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

.....

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

Firma

Aclaración

A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO

EXAMEN FÍSICO

Edad: Talla: Peso:
Grupo Sanguíneo: Factor RH:

SEMIOLOGÍA (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 COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

Rx/Abreugrafía:

Ergometría:

Vacunas: BCG DOBLE

APTO TRANSITORIO

APTO DEFINITIVO

NO APTO

Firma y sello:

Fecha: