

FICHA MÉDICA – PSICOFÍSICO – INGRESO 2021**CARRERA:** _____**APELLIDO Y NOMBRES:** _____ **D.N.I.:** _____**A LLENAR POR EL ASPIRANTE**
(Alumno)Nació de parto normal **SÍ/NO**

En caso de contestar NO, comente en forma resumida el motivo: _____

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: _____	

OTRAS ENFERMEDADES

	SI/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? _____	

	SI/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 descríbala 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 **INSTITUTO MUNICIPAL DE CERÁMICA DE AVELLANEDA DIEGEP 7578****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 LA APTITUD FÍSICA DEL INTERESADO QUEDANDO APTO PARA REALIZAR ESTUDIOS Y PRÁCTICAS DOCENTES.

FECHA: ____ / ____ / ____

Firma

Aclaración Dr/Dra

INFORME DE APTITUD PSICOLÓGICA**Observaciones:** _____

POR EL PRESENTE SE DECLARA LA APTITUD PSICOLÓGICA DEL INTERESADO QUEDANDO APTO PARA REALIZAR ESTUDIOS Y PRÁCTICAS DOCENTES.

FECHA: ____ / ____ / 202__

Firma

Aclaración