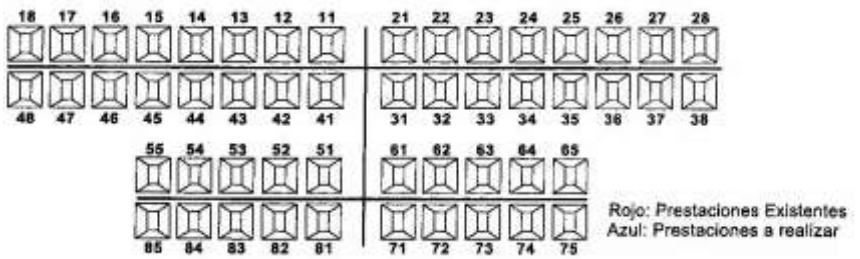
OBRAS
INSTITUTO EDUCATIVO

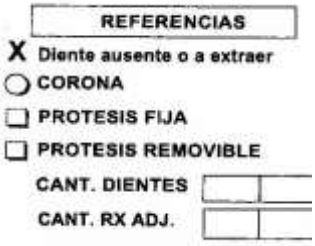
CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

Apellido y Nombre:.....
D.N.I. Nº: ..... Edad:..... Fecha de Nacimiento / /
Domicilio:.....C.P.: .....
T.E.:.....Hospital al que pertenece el Instituto:……

¡IMPORTANTE: El alumno no podrá comenzar a realizar sus prácticas hasta la presentación completa de este formulario!

1. Examen Odontológico





Observaciones:.....
.....

Fecha:...../...../..... ..... ……
Firma del Odontólogo Sello y Nº de Matrícula

2. Evaluación Psicológica

…….....
.....
…….....
.....

Fecha:...../...../..... ..... ……..
Firma del Psicólogo Sello y Nº de Matrícula

3. Resumen de historia clínica

Antecedentes familiares: (Colocar Si ó No)
(…….) Enfermedades Cardiovasculares. (.....) Tumores.
(…….) Alergias y Asmas. (.....) Metabólicas y Diabetes.
(.....) Enfermedades Mentales.
(…….)Otras:.....
.....
.....
Observaciones:.....
.....

4. Examen Físico

Aspecto General:..
Piel/Fanelas:...
Cráneo/Cara:..
Cuello/Tiroides:...
Tórax/Mamas:..
Ap. Respiratorio:...
Ap. Cardiovascular:...
Abdomen/Digestivo:...
Ap. Urinario:...
Ap. Genital:...
Columna/Miembros:...
Neurológico:..
Oftalmológico informar el resultado………………...
Otorrinolaringológico informar el resultado………………………………………………………………………
Otros:...
T.A.....................................F. Cardiaca:........................ Peso:.............................. Talla:.....................................

Radiografía de tórax frente y perfil informar el resultado:...
Electrocardiograma informar el resultado del estudio:..
Ergometría informar el resultado del estudio……………………………..
Pruebas de Laboratorio informar resultado del estudio: ....
Hemograma:...
Eritrosedimentación:..Grupo Sanguíneo:.........................Factor:............................
Colesterolemia:.. Ionograma:...
Uremia:...Creatininemia:...
Glucemia:.. TGP:...................................TGO:...
V.D.R.L.:.. Bilirrubina Total:...
Machado Guerrero:...Fosfatasa Alcalina:..
Orina Completa:...

Observaciones Personales: Inmunidades y Enfermedades Infectocontagiosas contraídas (detallar):
…..
Describir Dosis y Fecha de Vacunación:
Reacción de Mantoux o (Certificado BCG de los 16 años):..
Vacuna Doble (Antitetánica y Antidiftérica):...
Vacuna Antihepatitis B:..

Uso exclusivo del médico ver nota*

Enfatizando la importancia del acto médico que involucra la extensión del presente certificado y conociendo la carga de actividad física y deportiva que se practica en el Profesorado de Educación Física / Instituto "Dr. José Ingenieros" **certifico que el Sr/Srta.………………………………………de……años y DNI……………….. cuya historia clínica queda en mi poder , ha sido examinado/a clínicamente, en el día de la fecha, …………….y a las ....horas , no registra contraindicaciones para realizar actividad física y deportiva de acuerdo a su edad y sexo .**

CERTIFICO conforme al resultado de los exámenes arriba indicados que se encuentra…...………………
Para la práctica de actividades deportivas específicas del Plan de estudios vigente de la carrera de Profesor de Educación Física.

***Este formulario debe estar completo en su totalidad, el médico deberá completar con su letra si se Encuentra APTO / NO APTO para cursar la carrera de Profesorado de Educación Física, sellar y firmar.**
Doctor: Muchas gracias por su colaboración, ya que la prevención y el control de salud son parte de la Educación.

– –

Firma del Médico Clínico o Deportólogo **Sello y Nº Matrícula**

DECLARACIÓN JURADA DEL ALUMNO/A

Declaro que los datos que anteceden son exactos revistiendo la presente, el carácter de declaración Jurada, declarando bajo juramento la veracidad de los estudios que obran en mi poder y de los datos expuestos firmados por el médico matriculado. Por lo que me encuentro APTO para la carrera de Profesorado de Educación Física de acuerdo al plan de estudios vigente, comprometiéndome a informar en 48 hs cualquier .cambio sobre mi situación médica y psicofísica.

Firma alumno/a, aclaración y DNI:…………… Firma, aclaración, madre/padre/tutor si es menor edad