



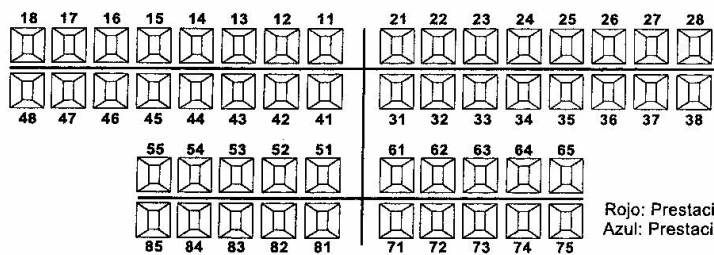
**OBRAS**  
INSTITUTO EDUCATIVO

## FICHA DE EVALUACIÓN PSICOFÍSICA

Apellido y Nombre:.....  
D.N.I. N°: ..... 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



Rojo: Prestaciones Existentes  
Azul: Prestaciones a realizar

#### REFERENCIAS

- Diente ausente o a extraer
- CORONA
- PROTESIS FIJA
- PROTESIS REMOVIBLE

CANT. DIENTES

CANT. RX ADJ.

Observaciones:.....

Fecha:...../...../.....  
Firma del Odontólogo Sello y N° de Matrícula

### 2. Evaluación Psicológica

.....  
.....  
.....

Fecha:...../...../.....  
Firma del Psicólogo Sello y N° 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 c/ informe: .....  
Otorrinolaringológico c/ informe: .....  
Otros:.....  
T.A.....F. Cardiaca:..... Peso:..... Talla:.....

---

Radiografía de tórax frente y perfil c/informe:.....  
Electrocardiograma c/Informe:.....  
Ergometría c/Informe: .....  
**Pruebas de Laboratorio c/ informe:** .....  
Hemograma:.....  
Eritrosedimentación:.....Grupo Sanguíneo:.....Factor:.....  
Colesterolemia:.....Ionograma:.....  
Uremia:.....Creatininemia:.....  
Glucemia:.....TGP:.....TGO:.....  
V.D.R.L.:.....Bilirrubina Total:.....  
Machado Guerrero:.....Fosfatasa Alcalina:.....  
Orina Completa:.....

---

### ADJUNTAR COPIA DE LOS ESTUDIOS QUE SE SOLICITAN CON INFORME

Observaciones Personales:  
Inmунidades 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

### Nota\*

El/la alumno/a (Apellido y Nombre) ..... se encuentra (Colocar Apto ó No Apto)..... para cursar la Carrera de Profesorado de Educación Física y desarrollar la totalidad de las actividades físicas que contempla el Plan de Estudios vigente, no existiendo impedimento de ninguna especie al respecto.

Fecha:...../...../.....

-----  
Firma del Médico Clínico o Deportólogo

-----  
Sello y N° Matrícula

**\*Este formulario debe estar completo en su totalidad, el médico debe completar con su letra si se encuentra apto ó 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.**

ME COMPROMETO Y ASUMO LA RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE INFORMAR A LAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO CUALQUIER CAMBIO QUE OPERE EN LAS CONDICIONES EXPUESTAS EN LA PRESENTE Y QUE IMPORTEN IMPOSIBILIDAD O RESTRICCIONES EN MIS CONDICIONES FISICAS QUE ME IMPIDAN DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES NORMALES Y HABITUALES.

Firma del Alumno: .....

Firma del padre/madre/tutor: .....