



AREA MEDICA – EXAMEN MEDICO

Nombre y Apellido: D.N.I:

Fecha de nacimiento: Edad:

EXAMEN FISICO

Peso:..... Ap. Cardiovascular:.....

Altura:..... Abdomen/Digestivo:.....

Aspecto General:..... Ap. Urinario:.....

Piel/Faneras:..... Ap. Genital:.....

Cráneo/Cara:..... Columna/Miembros:.....

Cuello/Tiroides:..... Neurológico:.....

Tórax/Mamas:..... Agudeza Visual:.....

Ap. Respiratorio:..... Otros:.....

INMUNIZACIONES

BCG:..... DOBLE:.....

EXAMEN ODONTOLOGICO:.....

RADRIOGAFIA TORAX (frente):.....

ELECTROCARDIOGRAMA:.....

ERGOMETRIA:.....

Grupo Sanguineo:..... Factor RH:.....

Hemograma:..... V.D.R.L.:.....

Eritrosedimentación:..... Machado Guerreiro:.....

Uremia:..... Orina Completa:.....

Glucemia:.....

APTO MEDICO:

El Sr./a:.....se encuentra en buenas condiciones generales de salud para realizar actividad física, educativa y deportiva, como alumno que cursa el Profesorado de educación Física. SI - NO (marque con un círculo la opción correcta).

Lugar y fecha:.....

Firma y sello del profesional