

FICHA DE APTITUD PSICOFÍSICA Formación Básica
Lenguaje:

Año:

A: Datos a completar por el alumno:

Nombre y Apellido: DNI:

Nacionalidad: Estado Civil:

En caso de emergencia avisar a:

Grupo y Factor sanguíneo: Edad:

Peso: Talla:

ANTECEDENTES: RESPONDER SI-NO EN CADA CASO

<input type="checkbox"/>	Cefaleas	<input type="checkbox"/>	Miopía	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones
<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Astigmatismo	<input type="checkbox"/>	Marcapasos
<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Presión ocular	<input type="checkbox"/>	Infartos
<input type="checkbox"/>	Pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho
<input type="checkbox"/>	Derrames cerebrales	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	Cardiopatías
<input type="checkbox"/>	Parálisis	<input type="checkbox"/>	Asma Bronquial	<input type="checkbox"/>	Presión Indique valor:.....
<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	Neumonías	<input type="checkbox"/>	Hernias
<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Broncoespasmos	<input type="checkbox"/>	Tiroides
<input type="checkbox"/>	Enf. Renales	<input type="checkbox"/>	Enf. Ginecológicas	<input type="checkbox"/>	Colesterol
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Protesis
<input type="checkbox"/>	Amputaciones	<input type="checkbox"/>	Malformaciones	<input type="checkbox"/>	Meningitis
<input type="checkbox"/>	Pérdida de fuerza:	<input type="checkbox"/>	Desviaciones de columna		

Otras enfermedades:

¿Cuáles? ¿Cuándo?.....

Cirugías: ¿Cuáles?..... ¿Cuándo?.....

Fuma: Consume alcohol:

Medicamentos que consume:

Firma del alumno:

FICHA DE APTITUD PSICOFISICA PARA LA FORMACION BASICA

Lenguaje:

Año:

B: ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN OBLIGATORIO COMPLETO

C: EXÁMEN FÍSICO: a completar por el MÉDICO que lo examina y certifica la APTITUD

Estatura Peso

Tensión arterial: Frecuencia cardiaca

Contextura física: delgado, mediano, pesado, obeso

Aparato locomotor:

Aparato circulatorio:

Aparato Respiratorio:

Aparato Digestivo:

Observaciones y comentarios del profesional:

.....

.....

.....

Conclusión final: Habiendo examinado a
 Y teniendo vistos los informes, constancias y certificaciones que anteceden y/o se adjuntan CERTIFICO QUE A LA FECHA EL ALUMNO ...SI... NO SE ENCUENTRA FÍSICAMENTE APTO PARA DESARROLLAR SUS ESTUDIOS TERCARIOS Y CUMPLIMENTAR SUS OBLIGACIONES ACADÉMICAS Y SU VIDA SOCIAL DENTRO DEL ÀMBITO EDUCATIVO.

Firma, sello y matrícula:

D: EVALUACIÓN PSÍQUICA : a completar por el Lic. En Psicología y /o Médico Psiquiatra que lo examina y certifica la APTITUD

Realiza y/o realizó algún tratamiento psicológico o psiquiátrico?.....

Presenta alguna condición psíquica o psicológica que le impida desempeñarse como docente a cargo de alumnos menores de edad?.....

Presenta alguna patología de carácter irreversible y/o crónica?.....

¿Cuál?.....

La misma constituye un impedimento para desarrollar la profesión docente?.....

Observaciones y comentarios del profesional:,.....

.....

.....

.....

Conclusión final: Habiendo atendido a
 Y teniendo vistas las constancias y certificaciones que anteceden y/o se adjuntan CERTIFICO QUE A LA FECHA EL ALUMNO ...SI.....NO..... SE ENCUENTRA PSÍQUICAMENTE APTO PARA DESARROLLAR SUS ESTUDIOS TERCARIOS Y CUMPLIMENTAR SUS OBLIGACIONES ACADÉMICAS Y SU VIDA SOCIAL DENTRO DEL ÀMBITO EDUCATIVO.

Firma, sello y matrícula: