

FICHA DE APTITUD PSICOFÍSICA

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:

