



FICHA DE APTITUD PSICOFÍSICA FORMACIÓN DE GRADO-CARRERAS.

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"/>	Miopia	<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"/>	Pèrdida 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"/>	Paràlisis	<input type="checkbox"/>	Asma Bronquial	<input type="checkbox"/>	Presiòn	Indique valor:.....
<input type="checkbox"/>	Ùlceras	<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.Ginecològicas	<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"/>	Pèrdida de fuerza:	<input type="checkbox"/>	Desviaciones de columna			

Otras enfermedades:.....

¿Cuàles?..... ¿Cuàndo?.....

Cirugías:..... ¿Cuàles?..... ¿Cuàndo?.....

Fuma:..... Consume alcohol:.....

Medicamentos que consume:.....

Firma del alumno:.....