

**FICHA MÉDICA 2026**

**Prof. Educación Física – Tec. Sup. Entrenamiento deportivo**

|                    |     |
|--------------------|-----|
| Apellido y Nombres | DNI |
|--------------------|-----|

| <b>A COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO INTERVINIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                     |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|--------------------------------------|
| Edad:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Talla:     | Peso                | IMC                                  |
| Grupo Sanguíneo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            | Factor RH:          |                                      |
| <b>s/p</b> sin particularidades – <b>c/p</b> con particularidades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>s/p</b> | <b>c/p</b>          | <b>Observaciones</b>                 |
| Ap.respiratorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                     |                                      |
| Ap. Circulatorio (TA/FC/R1-R2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                     |                                      |
| Ap. Osteomusculoarticular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                     |                                      |
| Sist.nervioso (Pruebas de Coordinación) + Reflejos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                     |                                      |
| Ap.digestivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                     |                                      |
| Ap.genito urinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                     |                                      |
| Columna vertebral (Maniobra de Adams)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                     |                                      |
| Pies (Plano – Normal – Cavo)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                     |                                      |
| Agudeza visual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                     |                                      |
| Otorrinonaringología                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                     |                                      |
| Examen de sangre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                     |                                      |
| Rx tórax + Espinografía (F-P)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                     |                                      |
| Ergometria ( <b>debe presentar informe adjunto</b> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                     |                                      |
| Examen de orina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                     |                                      |
| Vacunas calendario obligatorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                     |                                      |
| Vacuna covid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI         | NO                  | Dosis 1° 2° 3° 4°                    |
| COVID                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI         | NO                  | Secuelas                             |
| EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA ENFERMEDAD O CONDICIÓN QUE NO ESTÉ COMPRENDIDA EN LOS ITEMS ANTERIORES MENCIONARLA AL DORSO DE LA PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                     |                                      |
| <b>A completar por especialista del área</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>s/p</b> | <b>c/p</b>          | <b>Firma y sello del profesional</b> |
| Examen psicológico (en caso de marcar c/p presentar informe)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                     |                                      |
| Examen Fonoaudiológico (en caso de marcar c/p presentar informe)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                     |                                      |
| Dejo constancia que en la ciudad de ..... a los ..... días del mes de ..... del año 20 ..... he evaluado y revisado los estudios y análisis solicitados por el <b>ISFD N° 810</b> , como así también he examinado al paciente, por lo tanto se concluye que se encuentra en buen estado psicofísico para la práctica de actividades físicas y se encuentra APTO para ingresar al Profesorado de Educación Física – Tecnicatura de Entrenamiento Deportivo, al momento del examen. |            |                     |                                      |
| Firma y sello del médico actuante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            | Sello salud pública |                                      |