



Este documento debe ser presentado ante la Coordinación de la asignatura Fundamentos de la Educación Física 10 días antes de rendir las pruebas físicas. De no presentarlo, no podrá rendir los exámenes físicos.

Examen de aptitud física	
Apellido y Nombre: .....	Foto 4x4
Tipo y N° de documento: .....	
Domicilio: .....	
Localidad: .....	
Fecha de Nacimiento: .....	
Edad: ..... Estado Civil: .....	
Peso: ..... Talla: .....	
Ap. Circulatorio: ..... Pulsos Perif.: ..... Fc: ..... T. Art.: .....	
<b>IMPORTANTE</b>	
Se requiere presentar un electrocardiograma y una ergometría junto a la presente ficha médica, ambos estudios médicos deberán estar informados, firmados y sellados por el médico con el número de matrícula legible. El informe y la firma deberán estar confeccionados con la misma tinta.	
*Ergometría	
*Electrocardiograma	

Los datos que se solicitan a continuación deberán ser completados por el/la aspirante en carácter de declaración jurada.

DECLARACIÓN JURADA DE APTITUD FÍSICA			
MARQUE CON UNA X EL CASILLERO CORRESPONDIENTE			
	<b>Si</b>	<b>No</b>	
¿Padece alguna enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál/es?.....
¿Ingiere algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál/es?.....
<b>HÁBITOS</b>			
	<b>Si</b>	<b>No</b>	
¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos por día?.....
¿Toma bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles y cuánto por día?.....
¿Tiene sueño tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas horas duerme?.....
¿Observa alguna dieta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?.....
¿Practica deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál/es?.....



Parentesco	Vive (Si - No)	Artritis o Reumatismo	Asma bronquial	Cáncer	Diabetes	Afecciones Cardíacas	Hipertensión	Úlcera de estómago o duodeno	Tuberculosis	Enfermedad renal	Enfermedad mental	Fallecidos Causa
Padre												
Madre												
Hermanos												
Hermanas												
Esposa/o												
Hijos												

TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (MARQUE CON UNA X EL CASILLERO CORRESPONDIENTE)											
	Si	No	En ocasiones		Si	No	En ocasiones		Si	No	En ocasiones
Mareos o desmayos				Enfermedad de la piel				Úlcera gástrica o duodenal			
Nerviosismo Excesivo				Trastornos de la piel				Ictericia			
Convulsiones				Sordera o disminución de la audición				Indigestión frecuente			
Chagas				Supuración de oídos				Acidez			
Pérdida de memoria				Resfríos frecuentes				Glucosa o albumina en orina			
Neuritis o Neurología				Dentadura en mal estado				Hernias			
Brucelosis				Amigdalitis				Hemorroides			
Depresión				Tos Crónica				Articulaciones doloridas o hinchadas			
Paludismo				Sinusitis				Dificultad al orinar o sangre en orina			
Fiebre Reumática				Sangre en el esputo				Fractura o Luxación			



	Si	No	En ocasiones		Si	No	En ocasiones		Si	No	En ocasiones
Enfermedades Venéreas				Sudores Nocturnos				Dolor en los pies o pie plano			
Tuberculosis				Pérdida de peso reciente				Dolor en las rodillas			
Cáncer u Tumor				Dolores de pecho				Dolor de espalda, cintura o ciática			
Asma o Urticaria				Falta de aire				Dolor en el hombro			
Hepatitis				Palpitaciones				Várices			
Covid 19				Presión sanguínea alto o baja				Calambres			
<b>Sangre Tipo y Factor:</b>											

OPERACIONES	Si	No	Año	Otras operaciones
Ha sido operado de:				
Amígdalas				
Apéndice				
Hernia				
Hemorroides				

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo con mi leal saber y entender. Asimismo, me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará motivo a las más severas sanciones disciplinarias, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de presentada la ficha médica las modificaciones que se produzcan en el futuro.

-----/-----/-----  
Fecha

-----  
Nombre, apellido y DNI del aspirante

-----  
Firma