

FICHA DE SALUD		
APELLIDO Y NOMBRE:	DNI:	GRUPO SANGUINEO:
CURSO:	ARE:	CAD:
TELEFONO:		

OBRA SOCIAL

ANTECEDENTES PERSONALES

Intolerancia a los medicamentos O alimentos (especificar):

Enfermedades:



Alergias:

Medicación habitual (especificar):

EXAMEN FISICO	OBSERVACIONES	
FECHA DEL EXAMEN:	CURSO:	APTITUD
CABEZA Y CUELLO		FIRMA /SELLO MEDICO
TORAX		
ABDOMEN		
PELVIS		
EXTREMIDADES SUP/ INF		
AP.NEUROLOGICO		
AP.VISUAL		
AP.AUDITIVO		

EXAMEN CARDIOVASCULAR

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	TA	PULSO	ECG OBSERVACIONES	APTITUD

EXAMEN ODONTOLOGICO														APTITUD:	
FECHA:	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	FIRMA /SELLO
		FIRMA /SELLO													
															
EDAD:	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	