

LICEO AERONAUTICO MILITAR  
ESCUADRON SANIDAD

FICHA DE SALUD		
APELLIDO Y NOMBRE:		DNI:
CURSO:	ARE:	CAD: GRUPO SANGUINEO:
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	1	2	3	4	5	6	7	8	FIRMA /SELLO
		<input type="checkbox"/>																
EDAD:		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7		