

FICHA MÉDICA

Apellidos: _____ Nombres: _____

D.N.I.: _____ Fecha de Nacimiento: / /

Teléfono para emergencias: _____

Peso: _____ Kg Talla _____ mts.

Fue examinado clínicamente, encontrándose:

c APTO

c NO APTO

c APTO CON OBSERVACIONES (Detallar) _____

Examen Visual: Usa anteojos c NO c SI ☐ OD: ____/10 OI: ____/10

Examen Auditivo: c Normal c Anormal(Detallar) _____

Examen Bucal: Caries c NO c SI ☐ ¿Requiere tratamiento? c NO c SI

Aparato respiratorio _____

Abdomen _____

Aparato cardiovascular: Tensión arterial ____/____ mm Hg - FC _____



Firma del Médico y Sello: _____

Fecha: / /

