



## EXAMEN PSICOFISICO

LUGAR:.....  
APELLIDO/S NOMBRE/S:.....  
D.N.I. N°.....NAC.....ESTADO CIVIL.....  
DOMICILIO.....  
CARGO.....LUGAR DE TRABAJO.....

## HISTORIA CLINICA

PESO:.....ESTATURA.....PULSO:.....TEMPERATURA:.....TENSION.....  
ARTERIAL:.....MAXIMA.....MINIMA.....  
ANTECEDENTES HEREDITARIOS PERSONALES:.....  
.....  
ESTADO GENERAL MORFOLOGIA Y NUTRICION.....  
.....  
SISTEMA OSEO: ARTICULAR Y MUSCULAR:.....  
APARATO RESPIRATORIO.....TOS.....EXPECTORACION.....  
DISNEA.....  
APARATO DIGESTIVO.....  
APARATO URINARIO Y GENITAL.....  
GLANDULAS DE SECRECION INTERNA.....  
INTERVENCIONES QUIRURGICAS ANTERIORES.....  
VARICES.....¿FUMA?.....¿Cuánto?.....¿ALCOHOL?.....  
SISTEMA NERVIOSO.....  
PSIQUISMO.....

## EXAMEN COMPLEMENTARIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (FRENTE Y PERFIL).....  
2 RADIOGRAFIAS COLUMNAS LUMBOSACRA.....  
ANALISIS DE ORINA.....  
V.D.R.L.....CREATININEMIA.....  
GLUCEMIA.....HEMOGRAMA.....  
ERITROSEDIMENTACION.....CHAGAS (2 REACCIONES).....  
TOXOPLASMOSIS.....  
OTROS EXAMENES QUE EL PROFESIONAL ACTUANTE CONSIDERE NECESARIO.....  
.....  
PIEL.....  
EXAMENES OTORRINOLARINGOLOGICO.....  
OFTALMOLOGIA.....

### RECOMENDACIONES:

Debe informar en forma concreta sobre la APTITUD o INAPTITUD del Examinado, en este ultimo caso, especificar la causa:.....

### CONCLUSION FINAL:

Declaro que la información suministrada es completa y verídica, que no padezco ni he padecido otras enfermedades mas que las declaradas.

FIRMA DEL INTERESADO.....FECHA:...../...../.....

DIRECCION DE PROTECCION DE LA SALUD DEL DOCENTE Y CONTROL LABORAL

APTO  
INAPTO

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

CAUSA:.....

SELLO OVAL

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO



Provincia de Misiones  
Consejo General de Educacion  
Direccion de Proteccion de la Salud  
del Docente y Control Laboral

LABORATORIO:

HEMOGRAMA:

ERITROSEDIMENTACION:

GLUCEMIA:

CREATININA:

V.D.R.L.:

CHAGAS:

TOXOPLASMOSIS:

ORINA COMPLETA:

ECG (Electrocardiograma e INFORME):

RX TORAX:

EXAMEN ORL (Otorrinolaringologico):

EXAMEN OFTALMOLOGICO: