



Examen Psicofísico Preingreso a las Carreras de Nivel Terciario

SISTEMA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA ESCOLAR (Si.G.A.E.)

Examen físico para el Año Lectivo: **2024**

Apellido y Nombres (completos):

DNI N° : Fecha de Nacimiento:/...../..... Edad: Nacionalidad:

Estado Civil: Soltero. Casado. Viudo. Divorciado. Separado de Hecho. Unido de Hecho. Otro. (encerrar en un círculo el que corresponda)

Domicilio: Calle: N°: Localidad:

Talla: Peso:

Causas de ineptitud

1- APARATO LOCOMOTOR

Afecciones osteomusculares que afectan en forma pronunciada la función y la estética : SÍ - NO

2- APARATO CARDIOVASCULAR:

Toda cardiopatía que haya provocado insuficiencia cardíaca de difícil compensación: SÍ - NO

3- ENFERMEDADES DE LA SANGRE

Hemopatías graves: SÍ - NO

4- APARATO RESPIRATORIO

Afecciones broncopulmonares o pleurales permanentes o crónicas con insuficiencia respiratoria no posible de corrección terapéutica: SÍ - NO

5- APARATO DIGESTIVO

Hepatopatías crónicas : cirrosis hepática – Síndrome de mala absorción intestinal: SÍ - NO

6- APARATO URINARIO

Neuropatías crónicas graves, descompensadas: SÍ - NO

7- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y/O DE LA PERSONALIDAD: SÍ - NO

8- AFECCIONES NEUROLÓGICAS

Dificultades en la marcha y en la expresión verbal y escrita: SÍ - NO

9- ENFERMEDADES DE LA PIEL

Secuelas visibles de heridas o quemaduras que afecten la función y la estética: SÍ - NO

10- ENFERMEDADES ENDÓCRINAS

Que hayan provocado alteraciones estéticas funcionales o psicológicas: SÍ - NO

11- AFECCIONES OFTALMOLÓGICAS

Que corregidas sean inferior a 0,7 en cada ojo: SÍ - NO

Estrabismos evidentes : SÍ - NO

Discromatopsis : SÍ - NO

12- AFECCIONES DEL OÍDO

Que afectan la función : SÍ - NO

13- TRASTORNOS DE LA VOZ

Disfonías irreversibles o reversibles no recuperadas al momento del examen : SÍ - NO

14- TRASTORNOS DE LA PALABRA

Disfemias y rinodalias : SÍ - NO

15- ENFERMEDADES INFECCIOSAS CONTAGIOSAS : SÍ - NO

16- AFECCIONES DEL APARATO MASTICATORIO

Caries no penetrantes o penetrantes : SÍ - NO

Parodontosis : SÍ - NO

Lesiones de la mucosa dental : SÍ - NO

Piezas dentarias ausentes no reemplazadas : SÍ - NO



17- CONCLUSIÓN CLÍNICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

18- OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lugar y Fecha:

.....
Firma y sello del Médico examinante