



**DATOS PERSONALES**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Nº Inscripción: \_\_\_\_\_ - DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

Firma

**AUDITORIA MEDICA**

**1. CARDIOLOGÍA**

OBS.....  
..... APTO – NO APTO

**2. OFTALMOLOGICO**

OBS.....  
..... APTO – NO APTO

**3. RADIOLOGICO Y TRAUMATOLOGICO**

OBS.....  
..... APTO – NO APTO

**4. NEUROLOGÍA**

OBS.....  
..... APTO – NO APTO

**5. BIOQUIMICO**

OBS.....  
..... APTO – NO APTO

**6. ODONTOLOGICO**

OBS.....  
..... APTO – NO APTO

**7. OTORRINOLARINGOLOGÍA**

OBS.....  
..... APTO – NO APTO

**9. PLAN DE VACUNACION**

OBS.....  
..... APTO – NO APTO

**10. INSPECCIÓN CLINICA**

a) MEDICIONES Altura:..... Peso..... IMC:..... APTO – NO APTO

b) HALLAZGOS:.....  
..... APTO – NO APTO

**CONCLUSION FINAL:** \_\_\_\_\_

APTO

NO APTO

Fecha:

Sello y Firma del Médico