

DIA	MES	AÑO

FICHA MEDICA DE INGRESO

CADETE / AGENTE (MARQUE LO QUE CORRESPONDA)

(Tiene carácter de Declaración Jurada)

APELLIDO Y NOMBRE..... **EDAD**.....

D.N.I Nº..... **FECHA DE NACIMIENTO**...../...../..... **LUGAR**.....

DOMICILIO ACTUAL.....

CIUDAD..... **TELEFONO:**..... **PROVINCIA**.....

ANTECEDENTES FAMILIARES (Madre-Padre-Hermanos)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EPILEPSIA
<input type="checkbox"/> DIABETES
<input type="checkbox"/> CARDIACOS
<input type="checkbox"/> DEPRESION
<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
<input type="checkbox"/> PRESION ALTA | OTROS NO MENCIONADOS.....

FALLECIMIENTOS

..... |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

ANTECEDENTES PERSONALES

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS
<input type="checkbox"/> E.T.S *
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA
<input type="checkbox"/> HEPAT.B
<input type="checkbox"/> FRACTURAS
<input type="checkbox"/> CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> NERVIOSISMO
<input type="checkbox"/> PARÁSITOS
<input type="checkbox"/> INSOMNIO
<input type="checkbox"/> PRESION ALTA
<input type="checkbox"/> DOLOR DE CINTURA | <input type="checkbox"/> CELIAQUIA
<input type="checkbox"/> DEPRESION
<input type="checkbox"/> ALERGIAS
<input type="checkbox"/> HERNIAS
<input type="checkbox"/> MAREOS
<input type="checkbox"/> OPERACIONES | <input type="checkbox"/> CHAGAS
<input type="checkbox"/> ANEMIA
<input type="checkbox"/> DIABETES
<input type="checkbox"/> ASMA
<input type="checkbox"/> CRISIS DE PANICO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

* ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

1-¿Esta Ud. actualmente tomando algún tipo de medicamento prescrito o no por el médico o utilizando algún inhalador?

SI	NO
----	----

En caso afirmativo, describa la medicación y el motivo:

.....

.....

¿Ha tomado alguna vez algún tipo de vitaminas o suplementos para ayudarlo a ganar o perder peso o mejorar el rendimiento?

Especifique marca.....

PRESENCIA DE TATUAJES **SI** **NO** **CANTIDAD**.....

(VER ÚLTIMA HOJA)

En caso afirmativa, describa en que zonas del cuerpo:

.....

.....

¿Tiene Ud. algún tipo de alergias? (Ej. Polen, Medicinas, Insectos o alguna comida)

NO SI

¿A QUÉ?.....

¿Alguna vez ha tenido sarpullido o urticaria durante o después de la práctica de algún ejercicio?

SI NO

¿Alguna vez se ha desmayado durante algún ejercicio? NO SI

¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho durante o después de la práctica de algún ejercicio?

NO SI

¿Alguna vez ha sentido Taquicardia durante o después de la práctica de algún ejercicio?

NO SI

¿Alguna vez algún médico le ha prohibido o restringido algún deporte por problemas cardiacos o por algún otro motivo?

NO SI

¿Alguna vez ha tenido convulsiones? NO SI

¿Alguna vez se ha enfermado por realizar ejercicios en el calor? (Ej. Golpe de calor, insolación)

NO SI

¿Tiene tendencia a toser, faltarle el aire o tener problemas respiratorios durante o después de una actividad física? NO SI

¿Tiene Ud. asma? NO SI

¿Ha tenido alguna vez problema con su visión o con sus ojos? NO SI

¿Usa Ud. lentes, lentes de contacto o protección ocular? NO SI

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por más de una noche? SI NO

MOTIVO.....

FECHA.....

¿Ud. tuvo algún accidente que haya generado alguna lesión física? SI NO

FECHA.....

Describe que tipo de accidente y si quedo con secuelas (ej.: fracturas, torceduras, problemas de hinchazón, dolor tendón, hueso, musculo o articulación):

.....

¿TUVO CIRUGIAS?

Describe fechas y tipo de cirugía que tuvo:

.....

.....

HABITOS PERSONALES

FUMA SI NO

SE SIENTE ESTRESADO O DEPRIMIDO SI NO

HACE ALGUNA DIETA? SI NO MOTIVO.....

¿CUÁL?.....

¿PRACTICA DEPORTES? SI NO

¿CUÁLES?

¿Cuál fue la última fecha de Vacuna?

Tétano: Hepatitis B..... Triple viral.....

Contra Sars cov2: Esquema completo 3ºdosis.....// 4º dosis:

Esquema incompleto 1ºdosis.....// 2º dosis:.....

Solamente para mujeres:

¿A qué edad fue su 1er menstruación?

¿Cuándo fue la fecha de su última menstruación?.....

¿Ud. se ha realizado PAP? SI NO ¿Cuando?

¿Existe alguna otra razón por la que Ud. (su hijo) NO debería realizar actividades física y/o deportes?

SI NO

IMPORTANTE: RECUERDE QUE A ESTA FICHA MEDICA DEBERA SER PRESENTADA COMPLETA EN SU TOTOLIDAD, ES DECIR, POR EL POSTULANTE Y POR LOS PROFESIONALES (MÉDICO CLÍNICO, ODONTÓLOGO Y OFTALMÓLOGO) EL DÍA QUE SEA CONVOCADO A RENDIR LA PRIMERA INSTANCIA Y ADEMÁS TENDRÁ QUE ANEXAR A LA MISMA, FOTOCOPIA DEL CARNET DE VACUNAS Y COPIA DEL GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS PRECEDENTEMENTE SON AUTENTICOS

.....

FIRMA DEL POSTULANTE FIRMA DEL PADRE / TUTOR Fecha -----/-----/-----

EXAMEN MÉDICO (Para ser llenado por el profesional que realice el examen físico)

PESO: **TALLA (descalzo)**..... **IMC** **TA** /.....

Presencia de ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES:

.....
.....

Antecedentes de Tratamientos Médicos de relevancia:

.....
.....

Presencia de Materiales de Osteosíntesis:

.....
.....

Antecedentes quirúrgicos:.....

.....
.....

Alergias:.....

.....

ALTERACIONES VISIBLES

PIEL:

CABEZA Y CUELLO.....

TORAX (Pectus Excavatum o cualquier variante anatómica que considere a destacar)

.....

CORAZÓN Y PULMONES.....

ABDOMEN

GENITALES-ANO.....

COLUMNA (escoliosis, postura antalgica)

.....
.....

EXTREMIDADES (evaluar amputaciones de cualquier extremidad y/o falange e informarla)

.....

EVALUACIÓN DE PIE (Evaluar arco del pie)

.....

Nombre del médico:..... Fecha:...../...../22

Dirección: Teléfono:.....

Especialidad:.....

Firma y Sello del Profesional

INFORME ODONTOLOGICO (Para ser llenado por el odontólogo que realice la evaluación)

PIEZAS AUSENTES: _____

PIEZAS A EXTRAER: -----

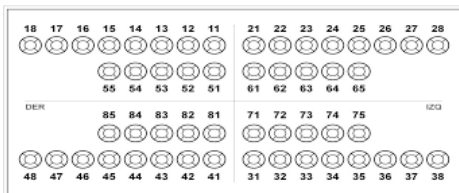
PIEZAS CARIADAS: -----

PRESENCIAS DE PROTESIS: SI NO

LESIONES ORALES: SI NO Cuáles?

OBSERV.....
.....

***ADJUNTAR ODONTOGRAMA INFORMADO**



(IMAGEN ILUSTRATIVA)

Nombre del médico:..... Fecha:...../...../22

Dirección: Teléfono:.....

Especialidad:.....

Firma y Sello del Profesional

EXAMEN OFTALMOLOGICO

Agudeza Visual sin corrección: OD (.....) OI (.....)

Agudeza Visual con corrección: OD (.....) OI (.....)

Cromatismo:

Observaciones / Recomendaciones:
.....

Nombre del médico:..... Fecha:...../...../22

Dirección: Teléfono:.....

Especialidad:.....

Firma y Sello del Profesional

CONSIDERACIONES REFERIDAS A TATUAJES PARA INGRESO A LA INSTITUCIÓN

Consideraciones Generales

- No podrán exhibirse tatuajes:
 - Obscenos, ofensivos o indecentes, prescindiendo del lugar del cuerpo donde se encuentren, por ser contrario a los valores que sustenta la Institución.
 - atentatorios a valores institucionales, concepto de autoridad o disciplina.
 - Faciales de cualquier índole y/o tamaño, por alterar la identificación fisonómica.
 - Marcas y dibujos muy llamativos y/o coloridos, que, aunque pequeños, deberán ser debidamente cubiertos mientras dure la actividad del servicio que corresponda.

Aspectos particulares

Independientemente de las consideraciones generales, existen aspectos particulares referidos al área del tatuaje, y/o tamaño del mismo que no están autorizados. Dichos aspectos son representados en el siguiente gráfico.

dos en el

AREAS NO AUTORIZADAS.

AREAS AUTORIZADAS.

Cráneo, ningún tatuaje sin excepción.

Rostro, ningún tatuaje sin excepción.

Cuello anterior, ningún

Antebrazo, ningún tatuaje sin excepción.

No se autoriza.

Ningún tatuaje sin excepción desde 10 cm por encima del **pliegue del codo hasta las falanges** (anverso y/o reverso).

No se autoriza.

Ningún tatuaje sin excepción desde 10 cm por encima del **pliegue de la rodilla hasta los tobillos** (anverso y/o reverso).

Aclaración. En mujeres ningún tatuaje sin excepción hasta las plantas de los pies.



Los tatuajes **NO** deben verse cuando se viste una prenda de cuello redondo reglamentaria.

Los tatuajes **NO** deben verse cuando se viste una prenda con mangas cortas.

Los tatuajes **NO** deben verse cuando se viste un short deportivo reglamentario.

Siempre que no se encuentren comprendidos dentro de una especificación general y/o particular (área no autorizada y/o tamaño), los ingresantes podrán tener tatuajes en cualquier área autorizada.