

## 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)

OTROS NO MENCIONADOS.....

- EPILEPSIA
- DIABETES
- CARDIACOS
- DEPRESION
- ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
- PRESION ALTA

FALLECIMIENTOS .....

### ANTECEDENTES PERSONALES

- TUBERCULOSIS
- E.T.S \*
- EPILEPSIA
- HEPAT.B
- FRACTURAS
- CONVULSIONES

- NERVIOSISMO
- PARASITOS
- INSOMNIO
- PRESION ALTA
- DOLOR DE CINTURA

- CELIAQUIA
- DEPRESION
- ALERGIAS
- HERNIAS
- MAREOS
- OPERACIONES

- CHAGAS
- ANEMIA
- DIABETES
- ASMA
- CRISIS DE PANICO

\* ENFERMEDADES DE TRANSMISION 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:

.....  
.....

PRESENCIA DE TATUAJES    SI                      NO                      CANTIDAD.....

En caso afirmativa, describa en que zonas del cuerpo:

.....  
.....



RECUERDE QUE SON VISIBLES, LO QUE NO PUEDA CUBRIR CON ESTAS PRENDAS.

¿Tiene Ud. algún tipo de alergias? Comprobada por médico especialista en alergias.(Ej. Polen, Medicinas, Insectos o alguna comida)

NO  SI

¿A QUÉ?.....

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

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

NO  SI

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

NO  SI

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

NO  SI

¿Alguna vez se ha tenido convulsiones?  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 de contacto / aéreos, permanentes?

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, inflamación crónica, dolor tendón, hueso, musculo o articulación):

.....

¿TUVO CIRUGIAS?

Describe fechas y tipo de cirugía que tuvo:

.....

.....

**HABITOS PERSONALES**

SE SIENTE ESTRESADO O DEPRIMIDO  SI  NO

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

¿CUÁL?.....

¿PRACTICA DEPORTES?  SI  NO

¿CUÁLES? .....

¿Cuál fue la última fecha en la que se colocó las siguientes Vacunas?

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

Covid\_19 : 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. NO debería realizar actividades físicas y/o deportes?

SI  NO

Motivo:

.....

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS PRECEDENTEMENTE SON AUTENTICOS

.....

.....

FIRMA DEL POSTULANTE

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

Fecha -----/-----/-----

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

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

Presencia de ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES:

.....  
.....

Antecedentes de Tratamientos Médicos de relevancia:

.....  
.....  
.....

Presencia de Materiales de Osteosíntesis:

.....  
.....  
.....

Antecedentes quirúrgicos:.....

.....  
.....

Alergias:.....

.....  
.....

**ALTERACIONES VISIBLES**

**PIEL:** .....

.....

**CABEZA Y CUELLO**.....

.....

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

.....

**CORAZÓN Y PULMONES**.....

**ABDOMEN** .....

**GENITALES** .....

**COLUMNA** (escoliosis, postura antalgica)

.....  
.....

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

.....

**EVALUACIÓN DE PIE** (Evaluar arco del pie) .....

.....

**EXAMEN OFTALMOLOGICO**

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN: OD. (..... ) OI. (.....)

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN: OD. (.....) OI. (.....)

CROMATISMO: .....

TONOMETRIA:.....

**Al momento de presentar el estudio, según los valores de medición, se reevaluará la misma con una 2da opinión, con profesionales del área correspondiente.-**

Recomendaciones

.....  
.....  
.....

Nombre del médico:..... Fecha:...../...../23

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 PRÓTESIS: SI  NO

LESIONES ORALES: SI  NO  Cuáles?

.....

OBSERV.....

**\*PRESENTAR ODONTOGRAMA INFORMADO**

Nombre del Odontólogo:..... Fecha:...../...../23

Dirección: ..... Teléfono:.....

Especialidad:.....

Firma y Sello del Profesional

