



FICHA MÉDICA DE INGRESO

CADETE / AGENTE

DIA	MES	AÑO

APELLIDO Y NOMBRES..... EDAD.....

DNI N°..... FECHA DE NACIMIENTO...../...../.....

DOMICILIO ACTUAL CIUDAD

DEPARTAMENTO.....TELÉFONO CELULAR.....

ANTECEDENTES PERSONALES

- | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NERVIOSISMO | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELIACA | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES |
| <input type="checkbox"/> CRISIS DE PÁNICO | <input type="checkbox"/> HEPATITIS B | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> ANEMIA |
| <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN | <input type="checkbox"/> FRACTURAS | <input type="checkbox"/> ALERGIAS | <input type="checkbox"/> DIABETES |
| <input type="checkbox"/> INTENTO DE SUICIDIO | <input type="checkbox"/> PRESIÓN ALTA | <input type="checkbox"/> HERNIAS | <input type="checkbox"/> ASMA |
| <input type="checkbox"/> AUTOFLAGELACIÓN | <input type="checkbox"/> DOLOR DE CINTURA | <input type="checkbox"/> MAREOS | <input type="checkbox"/> OPERACIONES |

Si su respuesta anterior fue positiva para algunas de estas, indique si realizó algún tipo de tratamiento y describa cual.

.....

.....

MARCAR CON UN CÍRCULO LO QUE CORRESPONDA:

¿Está Ud. actualmente tomando algún tipo de medicamento prescripto 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

En caso afirmativa, describa en que zonas del cuerpo:

.....

.....

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

SI NO ¿A qué?.....

¿Alguna vez se ha desmayado durante algún ejercicio?

SI NO



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

SI NO

¿Alguna vez ha sentido taquicardia (aceleración del ritmo cardíaco de una manera no habitual o palpitaciones) o cualquier otra alteración cardíaca durante o después de la práctica de algún ejercicio? Indique si tuvo tratamiento y describa cual.

SI NO

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

SI NO

¿Ud. está realizando actualmente algún tipo de tratamiento como ser kinesiología, rehabilitación, etc.?

SI NO

Ud. ha tenido dolor en región dorsal o lumbar (zona baja de la espalda) en algún momento de su vida?

SI NO

¿Alguna vez ha tenido convulsiones?

SI NO

¿Tiene tendencia a toser, faltarle el aire o tener problemas respiratorios durante o después de una actividad física?

SI NO

¿Tiene Ud. asma?

SI NO

¿Ha tenido alguna vez problema con su visión o con sus ojos?

SI NO

¿Usa Ud. lentes de contacto / aéreos, permanentes?

SI NO

¿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 quedó con secuelas (ej.: fracturas, torceduras, inflamación crónica, dolor tendón, hueso, musculo o articulación):

.....

¿Tuvo cirugías?

Describe fechas y tipo de cirugía que tuvo:



HÁBITOS PERSONALES

Se siente estresado o deprimido

SI NO

¿Hace alguna dieta?

SI NO

Motivo:

¿Cuál?

¿Practica deportes?

SI NO

¿Cuáles?

¿Existe alguna otra razón por la que Ud. NO debería realizar actividades físicas y/o deportes?

SI NO

Motivo:

.....

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

Tétano: Hepatitis B: Triple viral:

Covid19: Esquema completo 3º dosis// 4º dosis:

Esquema incompleto 1º dosis// 2º dosis:

Solamente para mujeres:

¿A qué edad fue su primera menstruación?

¿Cuándo fue la fecha de su última menstruación?

¿Ud. se ha realizado PAP?

SI NO

¿Cuándo?

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS PRECEDENTEMENTE SON AUTENTICOS

.....

.....

FIRMA DEL POSTULANTE

FIRMA DEL PADRE / TUTOR
(si es menor de edad)

FECHA -----/-----/-----



EXAMEN MÉDICO

(Para completar por el profesional que realice el examen físico)

Peso: **Talla** (altura 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:
.....

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):

Nombre del médico:	Fecha:/...../.....
Dirección:	Teléfono:
Firma y Sello del Profesional	

Apellido y nombre del postulante

DNI:



EXAMEN OFTALMOLOGICO

Debe ser realizado por un médico especialista en oftalmología, sin excepción.

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

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

CROMATISMO:

TONOMETRIA:

Observaciones

Nombre del médico: Fecha:/...../.....

Especialidad:

Dirección: Teléfono:

Firma y Sello del Profesional

INFORME ODONTOLÓGICO

Debe ser realizado por un odontólogo , sin excepción.

Piezas ausentes:

Piezas a extraer:

Piezas cariadas:

Presencias de prótesis:

SI NO Especificar N° de pieza en la que presenta la protesis.....

Lesiones orales:

SI NO ¿Cuáles?

Observaciones

***Presentar odontograma informado**

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

Especialidad:

Dirección: Teléfono:

Firma y Sello del Profesional

Apellido y nombre del postulante

DNI: