

**FICHA DE RECONOCIMIENTO MÉDICO CORRESPONDIENTE A LA
“PRIMERA ETAPA” DEL PROCESO DE INCORPORACIÓN A
GENDARMERÍA NACIONAL ARGENTINA**

Unidad de trámite:

DÍA: MES: AÑO:.....

1. DATOS PERSONALES DEL POSTULANTE

Apellido y Nombres:

Fecha de Nacimiento:.....Edad:.....Localidad:.....

Provincia de Nacimiento:.....

DNI N.º:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estado Civil:.....

Domicilio “Actual”: Calle:.....Nº.....

Localidad: Provincia:.....Código Postal:.....

Celular Nro.

Teléfono Particular (si no, el de un familiar):.....

Correo Electrónico:.....

Grupo sanguíneo: Factor RH:

Sexo:

Adecuación de trato (Género autopercebido):.....

2. DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Datos Familiares	Vive		Sanos	
Padre	SI	NO	SI	NO
Madre	SI	NO	SI	NO
Hermanos	SI	NO	SI	NO
Motivo del fallecimiento o enfermedad que padecen/cieron				

Antecedentes Personales: Ha padecido o padece de:									
Tildar cada ítem	SI	NO	Tildar cada ítem	SI	NO	Tildar cada ítem	SI	NO	
Sarampión			Pleuresía			Fobias o Pánico			
Parotiditis			Asma			Depresión			
Rubéola			Rinitis alérgica			Apatía/Desgano			

Varicela		Otitis		Irritabilidad	
Tos convulsa		Sinusitis		Ansiedad	
Difteria		Amigdalitis		Trast. Sensoriales	
Escarlatina		Dermatitis repetición		Zumbidos	
Paludismo		Politraumatismos		Vértigo – Mareos	
Tifoidea		Traumatismo craneo		Neuropatías	
Otras ETS		Fracturas/Luxaciones		Cefaleas graves	
Sífilis		Heridas graves		Sonambulismo	
Tuberculosis		Desmayos		Trastornos Urinarios	
Fiebre Reumática		Amnesia		Hipertiroidismo	
Bronconeumonía		Convulsiones		Artritis Reumatoidea	
Neumonía		Hipertensión arterial		Artrosis	
Bronquitis crónica		Hipotensión arterial		Insomnio	
Palpitaciones		Anemia		Pérdida de peso	
Dolor de pecho		Diabetes		Enfermedad celíaca	
Migraña		Infección urinaria		Pérdida de memoria	
Gastritis		Epilepsia		Pérdida de conciencia	
Colon irritable		Convulsiones		Anginas	
Hepatitis		Arritmias		Litiasis Renal	
HIV-SIDA		Soplos		Litiasis biliar	
Disminución de Audición		OBS			
Problemas Oftalmológicos		OBS			
Otros					
Intolerancia/ Alergia a medicamentos (especificar)			Hábito tabáquico: SI – NO Cantidad diaria:		
Intervención quirúrgica: SI – NO (Especificar Patología / Año / Secuelas)			Internaciones SI – NO (Especificar causa / Año)		
Medicación habitual diaria: SI – NO (Especificar)			Otras enfermedades:		
Adicciones: Alcohol:			Todo otro dato de interés:		
Medicamentos:					
Drogas:					
EXCLUSIVO PARA POSTULANTES DEL SEXO FEMENINO (tache lo que no corresponda)					
Embarazo. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Mes de gestación:			Tumoraciones. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Las inflamaciones y/o infecciones agudas o crónicas, bacterianas, parasitarias, micóticas y/o virales de cualquier sector del aparato genital femenino. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			El carcinoma "in situ" o sus lesiones precursoras diagnosticadas colposcopicamente y/o citologicamente y/o histológicamente. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Endometriosis, <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Dismenorrea que no revierta con tratamiento clínico. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Alteraciones permanentes y/o incapacitantes del ciclo menstrual: amenorrea, hipermenorrea, polimenorrea, metrorragia y menometrorragia. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Distopcias genitales. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Malformaciones mamarias congénitas y/o adquiridas que alteren la estética corporal y/o impidan o dificulten el uso de uniformes y equipos especiales en la actividad a desarrollar. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Las infecciones crónicas de la mama y prótesis. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Tumores malignos de la mama. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cantidad de embarazos:
Abortos (motivos/causales):	Partos naturales o cesáreos:
Quistes mamarios:	Todo otro dato de interés:

Ampliar información de ser necesaria:

Declaro que los datos que anteceden dados por mí son la expresión fiel de la verdad y constituyen carácter de DECLARACIÓN JURADA. - - - - -

.....
Firma y aclaración de profesional
de GN que registró la información

.....
Firma y aclaración del Postulante

Lugar y Fecha:.....

SATISFACE

NO SATISFACE

(tache lo que no corresponda).

.....
Firma y aclaración
Médico de la Unidad de GN

3. PLAN DE VACUNACIÓN:

Con la siguiente encuesta, se desea conocer el actual estado de inmunizaciones (vacunación) del/la Postulante, por lo cual se solicita se rellene el formulario con datos veraces. La ausencia de algunas vacunas podrá ser motivo de ineptitud para el ingreso. - - -

	1ª Dosis	2ª Dosis	3ª Dosis	4ª Dosis	Completa o Refuerzo	No sabe / No Recuerda
Cuadruple, Triple y Doble Bacteriana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
BCG	<input type="radio"/>					<input type="radio"/>
Sabin Oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Triple Viral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>
Antimeningocóccica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>
Antineumocóccica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antivarílica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antiamarílica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Otras inmunizaciones (especificar):.....

*OBS: Este campo se acredita mediante la verificación de la “Libreta de Vacunación” que debe presentar el/la postulante.

SATISFACE

NO SATISFACE

(tache lo que no corresponda).

.....
 Firma y aclaración
 Médico de la Unidad de GN

4. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS:

La conformación corporal será valorada teniendo en cuenta fundamentalmente la relación armónica entre el peso, talla y el perímetro torácico.

Son causas de ser calificado "NO SATISFACE":

a. Talla:

La no comprendida entre los siguientes valores para el ingreso como **CADETE/GENDARME:**

ESTATURA MÍNIMA		ESTATURA MÁXIMA	
MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
1,70	1,63	1,95	1,85

b. Peso:

Se utilizará el criterio de Índice de Masa Corporal (IMC). Valor de referencia normal entre 19 y 25. Se aceptará como SATISFACE hasta un índice de 30 y como mínimo un valor de 17. Cada punto por encima de 25, expresa 3 kilogramos de sobrepeso.

c. Mediciones:

Altura:centímetros.

Peso inicial:kilos.
 (Con excedente de **no** más de **5 kgs**)

IMC:

Diámetro de Cintura: centímetros.
 (Hasta **88 cms** para la mujer – Hasta **102 cms** para el hombre)

SATISFACE

NO SATISFACE

(tache lo que no corresponda).

.....
Firma y aclaración
Médico de la Unidad de GN

5. **PIEL** (tache lo que no corresponda)

- *Tatuajes: SI NO
- Cicatrices: SI NO
- Enfermedades cutáneas: SI NO
- Toda otra afección que afecte la estética: SI NO

En caso positivo:

Lugar donde se encuentra:

Tamaño:

Observaciones:.....
.....
.....

***NO** se considerarán **APTOS** aquellos que posean tatuajes que sean visibles en rostro y/o cuello, o en otra parte del cuerpo, que sea visible circunstancialmente con el uso de cualquier uniforme reglamentario de la Fuerza (se incluye vestimenta corta, como ser: short, remeras de gimnasia, polleras). En cualquier parte del cuerpo y cuyo diámetro supere los VEINTE (20) centímetros. También por interpretación de leyenda escrita o significado simbólico de los mismos. - - - - -

***NO** se considerarán **APTOS** aquellos que posean tatuajes en proceso de remoción. - - - - -

SATISFACE

NO SATISFACE

(tache lo que no corresponda).

.....
Firma y aclaración
Médico de la Unidad de GN

6. **INSPECCIÓN CLÍNICA:**

a. **CABEZA - CUELLO:** (tache lo que no corresponda)

Son causas de ser calificado "NO SATISFACE":

Exostosis o deformaciones craneales visibles/notables a simple vista o dificulten el uso de equipos del uniforme. SI NO

Prognatismo o micrognatia visibles/notables a simple vista. SI NO

Cualquier otra función o lesión del cráneo o cuello que altere el funcionamiento de los órganos propios o de la estética. SI NO

b. **TÓRAX:** (tache lo que no corresponda)

Son causas de ser calificado "NO SATISFACE":

La disminución marcada de la elasticidad de las paredes torácicas. SI NO

La excursión respiratoria inferior a 5 cm. SI NO

Toda otra afección del tórax que perturbe cualquier función del mismo. SI NO

c. **COLUMNA VERTEBRAL:** (tache lo no corresponda)

Son causas de ser calificado "NO SATISFACE":

Espondilitis de cualquier etiología. SI NO

Alteraciones marcadas de los ejes de la columna vertebral (cifosis, escoliosis, lordosis, dinámica postura), visibles/notables a simple vista o afecten el normal funcionamiento del sistema óseo. SI NO

Espondilosis. SI NO

Hernias y/o protrusiones discales operadas cuya secuela altere la estética o función. SI NO

Luxación congénita de cadera y las displasias cefalocotiloideas primarias o secundarias y/o alteraciones de la marcha. SI NO

Quistes sacrocoxígeos. SI NO

Secuelas de fracturas de la columna y luxaciones que comprometen la función. SI NO

Toda otra afección de la columna vertebral que perturbe la función de la misma o sea visible/notable a simple vista. SI NO

Simetría de caderas – pliegues. SI NO

d. APARATO LOCOMOTOR: (tache lo que no corresponda)

Los callos óseos exuberantes y dolorosos. SI NO

Las fracturas recientes, cuyo período de curación definitivo sobrepase la fecha de incorporación. SI NO

e. ARTICULACIONES – LIGAMENTOS - MÚSCULOS: (tache lo que no corresponda)

Son causas de ser calificado "NO SATISFACE":

Artritis agudas y crónicas. SI NO

Trastornos intrarticulares que dificulten la función. SI NO

Esguinces y luxaciones recidivante. SI NO

Rupturas, retracciones, adherencias ligamentosas y las lesiones meniscales que dificulten la función. SI NO

Hernias musculares. SI NO

Distrofias musculares. SI NO

Toda otra afección o lesión de las articulaciones, ligamentos y músculos que perturbe una determinada función. SI NO

f. EXTREMIDADES SUPERIORES: (tache lo que no corresponda)

Son causas de ser calificado "NO SATISFACE":

Ausencia o pérdida total o parcial de un dedo de cualquier mano. SI NO

Polidactilia o sindactilia. SI NO

Retracciones aponeuróticas y tendinosas que perturben la función. SI NO

Cualquier otra afección o lesión de los miembros superiores que perturbe la función de los mismos. SI NO

g. EXTREMIDADES INFERIORES: (tache lo que no corresponda)

Son causas de ser calificado "NO SATISFACE":

Ausencia o pérdida del dedo gordo del pie. SI NO

Ausencia o pérdida de dos dedos de un pie o de un dedo de cada pie. SI NO

Pie plano equino, cavo, valgo que comprometa la función. SI NO

Superposición de dedos que comprometa la función. SI NO

Dedo en martillo con marcada hiperqueratosis que comprometa la función. SI NO

Hallux Valgus no tratado. SI NO

Hiperqueratosis y verrugas plantares. SI NO

Mal perforante plantar. SI NO

Genu Valgum, Varum o Recurvatum pronunciados. SI NO

Acortamiento de un miembro 2 cm. o más, visibles/notables a simple vista o que altere la estética o la dinámica. SI NO

Toda otra afección o lesión de los miembros inferiores que comprometa la función. SI NO

OBS:.....
.....
.....

Traumatología:

SATISFACE

NO SATISFACE

(tache lo que no corresponda).

.....
Firma y aclaración
Médico de la Unidad de GN

7. CARDIOLOGÍA:

Aparato circulatorio:
.....

Tensión Arterial: Máxima Mínima **E.C.G.** nº :

Informe ECG.:Diagnóstico.....
.....

Ergometría:.....

Arritmias. SI NO

Afecciones congénitas. SI NO

Trastornos patológicos de la repolarización. SI NO

Soplos. SI NO

OBS:.....
.....
.....

Cardiología: se otorga la “Aptitud” con estudios médicos presentados por el Postulante y mediante examen clínico.

SATISFACE

NO SATISFACE

(tache lo que no corresponda).

.....
Firma y aclaración
Médico de la Unidad de GN

8. OFTALMOLOGÍA:

*Agudeza visual “SIN CORRECCIÓN”:

OD:..... OI:

Visión Cromática:Pupilas:

Estrabismo. SI NO

OBS:.....
.....
.....

*Para otorgar la “Aptitud Oftalmológica”, el/la postulante deberá tener una agudeza visual de **QUINCE (15)** – No menos de **7/10** en ningún ojo. El examen se deberá realizar **sin corrección** (se considera como tal la agudeza visual medida **sin** anteojos o lentes de contacto). –

SATISFACE

NO SATISFACE

(tache lo que no corresponda).

.....
Firma y aclaración
Médico de la Unidad de GN

9. **OTORRINOLARINGOLOGÍA:** (tache lo que no corresponde)

a. **Son causas de ser calificado "NO SATISFACE": a Oído:**

Pérdida total o parcial de un pabellón auricular y/o sus distrofias. SI NO

Infección crónica del conducto auditivo externo. SI NO

Otitis medias supuradas agudas en curso u otras afecciones del oído medio. SI NO

Perforación de la membrana del tímpano con secuela auditiva o funcional. SI NO

Mastoiditis aguda o crónica. SI NO

Intervenciones quirúrgicas del oído medio. SI NO

La obstrucción tubaria crónica. SI NO

Alteraciones de la función vestibular. SI NO

b. **Son causas de ser calificado "NO SATISFACE": a Nariz:**

Pérdida total o parcial de la nariz. SI NO

Deformaciones o malformaciones que interfieren la respiración y la emisión de la palabra. SI NO

Modificaciones del volumen, forma o aspecto de la nariz visibles/notables a simple vista. SI NO

Rinitis atrófica u ozenosa. SI NO

Desviaciones o malformaciones del septum nasal. SI NO

Hipertrofias de los cornetes. SI NO

Perforación del tabique nasal que provoque marcada disfunción, notable a simple vista. SI NO

Anosmia o parosmia. SI NO

Sinusitis crónica. SI NO

Rinopatías alérgicas. SI NO

c. Son causas de ser calificado "NO SATISFACE": a **Faringe – Laringe:**

Amigdalitis crónica. SI NO

Hipertrofia amigdalina y/o adenoidea que afecten la función respiratoria. SI NO

Faringitis crónica. SI NO

Trastornos orgánicos o funcionales de la deglución. SI NO

Parálisis del velo del paladar cuando interfiera la deglución y/o fonación. SI NO

Parálisis de las cuerdas vocales. SI NO

Laringitis crónicas de cualquier naturaleza. SI NO

Afonía, disfonía, tartamudez o cualquier otro trastorno que altere el timbre de voz de acuerdo a la edad. SI NO

Cualquier otra afección o lesión del sistema otorrinolaringológico que perturbe alguna función del mismo. SI NO

OBS:.....
.....
.....

SATISFACE

NO SATISFACE

(tache lo que no corresponda).

.....
Firma y aclaración
Médico de la Unidad de GN

12. CONCLUSIÓN FINAL DEL MÉDICO DE LA UNIDAD:

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

SATISFACE

NO SATISFACE

Lugar y fecha:.....

.....
Firma y aclaración
Médico de GN

13. VALIDACIÓN DE LA JUNTA MÉDICA DE INCORPORACIÓN CON ASIENTO EN ESCUGEN/ESCUSUB/OTRO.

CONCLUSIÓN FINAL

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

SATISFACE

NO SATISFACE

.....
LUGAR – FECHA – FIRMAS DE LOS INTEGRANTES