

FICHA DE RECONOCIMIENTO MÉDICO DE INCORPORACIÓN

RECONOCIMIENTO "APTO MÉDICO INICIAL" (para masculinos y femeninos)

Este formulario deberá ser presentado al momento del Examen de Admisión, acompañados de la totalidad de Estudios Médicos originales realizados.

➤ PARTE "A"

EXAMEN MÉDICO DE PREINSCRIPCIÓN (para masculinos y femeninos)

Apellido y nombre: DNI:

EDAD: años Clase.....: Domicilio:.....Nro:.....

Localidad:..... Provincia:

Altura:Peso Inicial: Grupo Sanguíneo: IMC.....

Cabeza y cuello:.....

Sistema Nervioso Central:.....

Tronco:..... Abdomen:.....

Aparato Respiratorio:.....

Miembros Superiores:

Miembros Inferiores:

Pies:.....

Piel (cicatrices, lunares, marchas):

Tatuajes:.....

Várices, hemorroides, Ganglios:

Observaciones:

CLASIFICACIÓN¹:

Lugar y Fecha:.....

.....
Firma y sello medico GN

EXAMEN ODONTOLÓGICO DE PREINSCRIPCIÓN (para masculinos y femeninos)

Lugar y Fecha:.....

CLASIFICACIÓN²:

.....
Firma y sello Med-Odo GN

¹ Debe colocar la palabra "SATISFACE - NO SATISFACE"

² Debe colocar la palabra "SATISFACE - NO SATISFACE"

➤ **PARTE “B”**

Datos Familiares	Vive		Sanos	
Padre	SI	NO	SI	NO
Madre	SI	NO	SI	NO
Hermanos	SI	NO	SI	NO

Antecedentes Personales: Ha padecido o padece de:									
Tildar cada ítem	SI	NO	Tildar cada ítem	SI	NO	Tildar cada ítem	SI	NO	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 cráneo			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			
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:				

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 DECLARACION JURADA.

.....
.....
Firma y Aclaración del Postulante

Lugar y Fecha:.....

CLASIFICACIÓN³:

.....
Firma y sello medico GN

³ Debe colocar la palabra “SATISFACE / NO SATISFACE”

Con la siguiente encuesta, se desea conocer el actual estado de inmunizaciones (vacunación) del/la Postulante a Gendarme, por lo cual se solicita se rellene el formulario con datos veraces y se adjunte al Anexo 4. La ausencia de algunas vacunas no será motivo de ineptitud para el ingreso.

PLAN DE VACUNACION

	1ª Dosis	2ª Dosis	3ª Dosis	4ª Dosis	Completa o Refuerzo	No sabe / No Recuerda
Cuadruple, Triple y Doble Bacteriana	○	○	○	○	○	○
Hepatitis B	○	○	○			○
BCG	○					○
Sabin Oral	○	○	○	○	○	○
Triple Viral	○	○			○	○
Hepatitis A	○	○				○
Antimeningocócica	○	○				○
Antineumocócica	○	○	○	○	○	○
Antivarílica	○					○
Antiamarílica	○					○

Otras inmunizaciones (especificar):

.....

.....

.....

.....
Firma y Aclaración y Matricula del médico

CARDIOLOGÍA

Aparato circulatorio :

.....

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

Informe ECG : Diagnostico.....

.....

Ergometría:.....

Observaciones:.....

.....

.....

Clasificación: SATISFACE - NO SATISFACE

Fecha:.....

.....
Firma y sello Cardiólogo

OFTALMOLOGÍA

Agudeza Visual: OD: OI : Campo Visual:

Visión Cromática: Pupilas:.....

Observaciones:.....

.....

.....

Clasificación: SATISFACE - NO SATISFACE

Fecha:.....

.....
Firma y sello Oftalmólogo

FICHA ODONTOLÓGICA

ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<i>Derecha</i>								<i>Izquierda</i>							
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

REFERENCIAS

COLOR ROJO Prestaciones existentes

COLOR AZUL Prestaciones requeridas

X Diente ausente o a extraer

— Diente a extraer

PROTESIS FIJA

PROTESIS REMOVIBLE

CORONAS

CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES

Otras lesiones o anomalías:

Radiografía Panorámica.....

Clasificación: **SATISFACE - NO SATISFACE**

Fecha:.....

.....
Firma y sello Odontólogo

RADIOLOGÍA

Radiografía de Tórax, frente (adjuntar placa):

Radiografía de columna Lumbosacra (FYP):

Radiografía de columna Oblicua y Fergusson.....

Observaciones:.....

Clasificación: **SATISFACE - NO SATISFACE**

Fecha:.....

.....
Firma y sello Radiólogo

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

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

Clasificación: SATISFACE - NO SATISFACE

Fecha:.....

.....
Firma y sello Medico

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Nariz, Garganta y Oídos:.....
Observaciones:.....
.....

AUDIOMETRÍA

	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	KHz
0										0
10										10
20										20
30										30
40										40
50										50
60										60
70										70
80										80
90										90
100										100
110										110
120										120

.....
Firma y sello Fonoaudiología

Agudeza Auditiva:

Clasificación: SATISFACE - NO SATISFACE

Fecha:.....

.....
Firma y sello Otorrinolaringólogo

LABORATORIO

GL R:	GL B:	FAL:	TGP:	HIV
Formula N:		TGO:	TGC:	VDRL:
HTO: HGB:		Prot. T.:	Colest. T.:	PPD-Reacción Mantoux:
ERS:	Bilirrubinemia:			
Glucemia:	Orina C:			
Uremia:	Grupo y Factor:			
Creatinina:	Sub. Unidad BETA:			

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

Clasificación: SATISFACE - NO SATISFACE

Fecha:.....

.....
Firma y sello Bioquímico

ELECTROENCEFALOGRAFÍA CON ACTIVACION COMPLETA

Electroencefalograma N°.....(Adjuntar trazado)

Resultado:.....

Examen clínico neurológico:.....
.....
.....

Clasificación: SATISFACE - NO SATISFACE

Fecha:.....

.....
Firma y sello Neurólogo

GINECOLOGÍA

Examen Ginecológico:.....
Ecografía mamaria:.....
Ecografía ginecológica.....
PAP (Papanicolaou):..... COLPOSCOPIA.....
Subunidad Beta.....
Observaciones:.....
.....
.....

Tratamiento (Especificar) Si - NO
.....
.....

Nuevo
Control:.....
.....
.....

Clasificación: SATISFACE - NO SATISFACE

Fecha:.....

.....
Firma y sello Ginecólogo

APTITUD DE LA JUNTA MÉDICA DE INCORPORACIÓN

Clasificación Final*: SATISFACE - NO SATISFACE

Asentado en el Libro de Acta N°.....Bajo Acta N°.....

Lugar y fecha:.....

.....
FIRMA, ACLARACIÓN Y MATRÍCULA DEL MÉDICO
DE LA UNIDAD DE GENDARMERÍA NACIONAL
DONDE REALIZO EL TRÁMITE DE PRE-INSCRIPCIÓN

*** (Marcar con un circulo la opción)**

Nota: se debe adjuntar trazado del ECG, EEG, Radiografías y protocolo de laboratorio.