



Este formulario deberá ser presentado al momento de la Auditoria Médica, acompañado de la totalidad de los estudios médicos realizados, en sobre cerrado.

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ D.N.I. N° \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Inscripción: \_\_\_\_\_ Curso: Auxiliar en Seguridad Pública Orientación: Policial Intercultural

1. CIRCULATORIO	2. OFTALMOLOGICO	3. TRAUMATOLOGICO	4. RADIOLOGICO
a) Varices: SI - NO b) Hemorroides: SI - NO c) <b>Electrocardiograma (trazado e informe)</b> d) <b>Ergometría</b>	Agudeza visual (sin corrección) O.D.: O.I.: Visión Cromática	Aparato Osteoarticular Deformaciones Desviaciones Distrofias Etc.	Rx. de Tórax Rx. de Columna Lumbosacra (FyP)
_____ / / _____ Sello y firma Fecha	_____ / / _____ Sello y firma Fecha	_____ / / _____ Sello y firma Fecha	_____ / / _____ Sello y firma Fecha

5. NEUROLOGÍA	6. BIOQUIMICO	7. ODONTOLOGICO	8. AUDIOMETRIA
Electroencefalograma (con trazado e informe del neurólogo)	Hemograma completo Eritrosedimentación Glucemia Uremia Ac. Urico Lipidograma Toxoplasmosis Test p/Chagas Hepatitis B (Ag de Superficie) V.D.R.L Test p H.I.V. Orina completa Sub Unidad	Ficha Buco Dental	ORL Audiometría (con trazado e informe de otorrinolaringólogo)
_____ / / _____ Sello y firma Fecha	_____ / / _____ Sello y firma Fecha	_____ / / _____ Sello y firma Fecha	_____ / / _____ Sello y firma Fecha

**NOTA:**

- Los estudios médicos podrán ser realizados en Centros Asistenciales Públicos (Ministerio de Salud, Hospitales, Dispensarios, etc.), como en privados, debiendo presentarse siempre con DNI.
- El profesional médico de cada especialidad, que realice el estudio, deberá exigir la identificación personal a través del documento de identidad del postulante.
- **Responsabilidad Profesional:** cada profesional deberá llenar el formulario de puño y letra rubricada con la firma y sello aclaratorio.
- El presente formulario médico, deberá ser acompañado con los estudios realizados, que luego de finalizados, serán entregados por el postulante en un **SOBRE COLOR MADERA, CERRADO y CORRECTAMENTE IDENTIFICADO** con los siguientes datos personales: Apellido y Nombre; DNI y Nro. de inscripción.
- El sobre con los estudios médicos realizados, serán presentados en fecha y lugar que se indicará en el sitio web de la institución.