



FORMULARIO III

N° Inscripción: _____ Carrera: _____ Orientación: _____
 Apellido: _____ Nombre: _____
 D.N.I. Nro. _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ años
 Sangre: Grupo _____ Factor: _____ Teléfono: _____
 Firma aspirante: _____ Aclaración: _____

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

NOTA:

- Los estudios médicos podrán ser realizados en Centros Asistenciales Públicos (Ministerio de Salud, Hospitales, 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 del 7 al 9 de Octubre de 2019 en el Área Incorporaciones del Instituto Superior de Seguridad Pública.
- Posterior al examen físico e intelectual se solicitara otros estudios complementarios médicos.
- Las hojas que integran el presente documento no tienen que presentar alteraciones y adulteraciones (raspados, tachados, correcciones, sobreescritos u daños).

1. CARDIOLOGÍA

Examen complementario: **Electrocardiograma** (trazado e informe cardiológico)
Ergometría 12 derivaciones y ecocardiograma con sus respectivos informes

Examen Aparato circulatorio:.....

Tensión Arterial Máxima:..... Mínima:.....

Soplos: Sí No Trastornos de repolarización: Sí No

Informe ECG:.....

Ergometría:

Capacidad funcional:.....

Mets alcanzados:.....

Informe eco cardiográfico:.....

Certifico en carácter de declaración jurada, haber examinado personalmente a:

.....D.N.I. N°....., edad:..... años

Fecha:.....

.....
Firma y sello del médico

**2. OFTALMOLOGICO**

Agudeza visual "SIN CORRECCIÓN" (medición sin anteojos o lentes de contacto)

OD:..... OI:.....

Visión Cromática:..... Pupilas:.....

Uso de corrección visual:.....

Observaciones:.....

Certifico en carácter de declaración jurada, haber examinado personalmente a:

.....D.N.I. N°....., edad:..... años

Fecha:.....

.....
Firma y sello del médico

3. RADIOLOGICO Y TRAUMATOLOGICO

Examen complementario: **RX Tórax** (frente y perfil) **RX Columna Lumbosacra** (frente y perfil)

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| a) Aparato Osteoarticular | d) Distrofias |
| b) Deformaciones | e) Agenesia |
| c) Desviaciones | f) Anomalía plantar |

RADIÓLOGO Y/O ESPECIALISTA POR IMÁGENES: Informe de afecciones/alteraciones visibles/notables en las radiografías de tórax y columna en cualquier proyección y/o patologías:.....

.....

.....

.....

Fecha:.....

.....
Firma y sello profesional

TRAUMATÓLOGO Informe de aparato locomotor (teniendo en cuenta los puntos a) a f)).....

.....

.....

.....

Certifico en carácter de declaración jurada, haber examinado personalmente a:

.....D.N.I. N°....., edad:..... años

Fecha:.....

.....
Firma y sello traumatólogo



4. NEUROLOGÍA

Examen complementario: Electroencefalograma (con trazado e informe del neurólogo)

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Certifico en carácter de declaración jurada, haber examinado personalmente a:

.....D.N.I. N°....., edad:..... años

Fecha:.....

.....
Firma y sello neurólogo

5. BIOQUIMICO

Examen de laboratorio de sangre y orina: Hemograma completo, Eritrosedimentación, Glucemia, Uremia, Ácido Úrico, Lipidograma, Toxoplasmosis, Test p/Chagas, Hepatitis B (Ag de Superficie), V.D.R.L., Test de H.I.V., Orina completa, Sub Unidad en sangre.

Certifico en carácter de declaración jurada, que el examen de laboratorio corresponde a:.....
D.N.I. N°.....

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

Fecha:.....

.....
 Firma y sello del profesional

6. ODONTOLOGICO



ODONTOGRAMA

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
	DERECHA									IZQUIERDA								
	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5								
	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7

Prestaciones existentes, requeridas, diente ausente o a extraer, prótesis fija, removible, coronas, cantidad de dientes existentes

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

Certifico en carácter de declaración jurada, haber examinado personalmente a:

.....D.N.I. N°....., edad:..... años

Fecha:.....

.....
 Firma y sello odontólogo

7. OTORRINOLARINGOLOGÍA

Examen complementario: Audiometría (con trazado e informe de otorrinolaringólogo)

Informe otorrinolaringológico:

.....
.....

Examen de Oído, Nariz:

.....
.....

Certifico en carácter de declaración jurada, haber examinado personalmente a:

..... D.N.I. N°, edad: años

Fecha:

.....
Firma y sello otorrinolaringólogo**9. PLAN DE VACUNACION**

- Adjuntar copia de plan de vacunación y al momento de la auditoría el aspirante deberá contar con el certificado original

