



## 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 el 30 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 o daños).

**1. CARDIOLOGÍA**

Examen complementario: **Electrocardiograma** (trazado e informe cardiológico)  
**Ergometría 12 derivaciones** (con su respectivo informe)

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: .....

.....

.....

.....

.....

.....

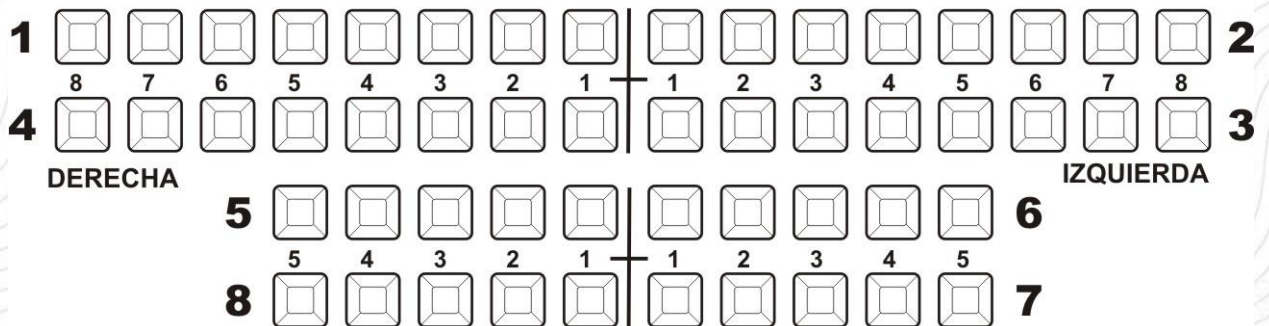
Fecha:.....

.....  
 Firma y sello del profesional

**6. ODONTOLOGICO**



**ODONTOGRAMA**



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

