

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

DATOS PERSONALES DEL POSTULANTE

Apellidos y Nombres:

DNI: **Fecha de Nacimiento:**/...../....., **Edad:**

Género auto percibido: **Grupo sanguíneo:** **Factor RH:**

¡ATENCIÓN!

A continuación, se detallan los exámenes médicos complementarios y estudios médicos practicados, que debe TRAER el postulante para la confección de la presente ficha medica:

- 1) *Radiografía Panorámica Odontológica (numerado 8).*
- 2) *Rx Tórax y Columna Lumbosacra (F y P) con informe (numerado 12).*
- 3) *Ecografía Abdominal (numerado 7).*
- 4) *Cardiología: ECG y Ergometría (numerado 9).*
- 5) *Oftalmología (numerado 10).*
- 6) *Ginecología (numerado 11).*
- 7) *Audiometría con informe (numerado 6).*
- 8) *Laboratorio (numerado 13).*
- 9) *Electroencefalograma con informe (numerado 14).*
- 10) *Espirometría con y sin broncodilatadores con informe (numerado 15).*

Deberán ser realizados de forma particular en centros de salud del ámbito civil a su elección y tendrán una validez de 90 días desde la fecha de realización.

Asimismo, deberá presentar la libreta/carnet de vacunación personal.

El postulante deberá al momento de la presentación de la documentación para reconocimiento preliminar, declarar si ha tenido alguna intervención quirúrgica adjuntando constancias de las mismas.

EL FACULTATIVO MÉDICO DE GN PODRÁ SOLICITAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS EN CASO DE SER NECESARIO.

Parte "A" – Parámetros Reglamentarios

1. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS:

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

a. Talla:

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

ESTATURAS	MÍNIMA	MÁXIMA
<i>Femenino:</i>	1,60	1,85
Masculino:	1,66	1,95

b. Peso:

Se utilizará el criterio de Índice de Masa Corporal (IMC). Valor de referencia normal entre 19 y 25.

c. Mediciones:

Altura:centímetros.

Peso inicial:kilos.

IMC:

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

(marque con un círculo lo que corresponda).

SATISFACE

NO SATISFACE

OBSERVACIONES(Detallar):

.....
.....

Lugar y Fecha:.....

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

2. PIEL (marque con un círculo lo que corresponda)

Tatuajes:

SI NO

Cicatrices:

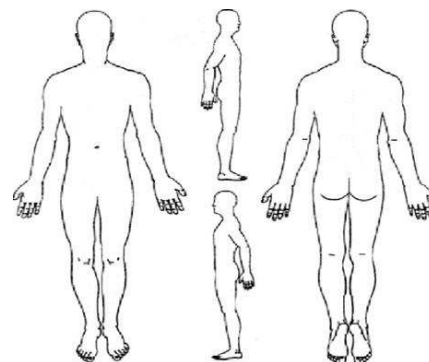
SI NO

Enfermedades cutáneas:

SI NO

Otra afección que afecte la estética:

SI NO



En caso positivo de tatuajes o cicatrices:

Especifique cantidad de tatuajes que posee:

.....

Señale con un círculo en la figura del cuerpo humano donde se encuentran.

Especifique el tamaño en cm largo/ancho c/u y ubicación:

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

Observaciones:

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

“TATUAJES NO PERMITIDOS: (I) Aquellos tatuajes que sean visibles en rostro, cuello y/o cráneo, o en otra parte del cuerpo, que sean visibles circunstancialmente con el uso de cualquier uniforme reglamentario de la Fuerza; (II) En cualquier parte del cuerpo que no puedan ser cubiertos completamente por la palma de la mano y cuya interpretación de leyenda escrita o significado simbólico de los mismos impliquen: cualquier tipo de discriminación, obscenidades, ofensas, etc.; y (III) Aquellos tatuajes que presenten las características señaladas precedentemente y que se encuentren en proceso de remoción.-

***NO** se admitirán aquellos casos en el que el interesado posea tatuajes en proceso de remoción.-

(marque con un círculo lo que corresponda).

SATISFACE

NO SATISFACE

OBSERVACIONES(Detallar):

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

Lugar y Fecha:.....

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

OBS: En caso de que el postulante NO cumpla con las exigencias reglamentarias establecidas en la parte “A” de la presente ficha, estará imposibilitado de continuar con el proceso de incorporación.

Parte "B" – Parámetros Médicos y Clínicos

3. DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Datos Familiares	Vive			Sanos				
Padre	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Madre	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Hermanos	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Motivo del fallecimiento o enfermedad que padecen o padecieron								
Antecedentes Personales: Ha padecido o padece de:								
Tildar cada ítem	SI	NO	Tildar cada ítem	SI	NO	Tildar cada ítem	SI	NO
Sarampión			Otitis			Apatía/Desgano		
Parotiditis			Sinusitis			Irritabilidad		
Rubéola			Amigdalitis			Ansiedad		
Varicela			Dermatitis repetición			Zumbidos		
Tos convulsa			Politraumatismos			Vértigo – Mareos		
Paludismo			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		
Asma			Fobias o Pánico					
Rinitis alérgica			Depresión					
Disminución de Audición			OBS					
Problemas Oftalmológicos			OBS					
Otros								
Intolerancia/ Alergia a medicamentos (especificar)			¿Fuma?: SI – NO					
.....			Cantidad diaria:					
.								
.....								
¿Fue operado/a?: SI – NO (Especificar Patología / Año / Secuelas)			Internaciones SI – NO					
.....			(Especificar causa / Año)					
.							
.....							
Medicación habitual diaria: SI – NO (Especificar)			Intervenciones Quirúrgicas: SI – NO					
.....			(Especificar).....					
.							
.....							
¿Consume o consumió?:			Todo otro dato de interés:					
Alcohol:					
Drogas:					
.....							

Ampliar información de ser necesaria:

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

Declaro bajo juramento que la información precedente suministrada es auténtica, y tomo conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidara el examen médico preliminar realizado. - - - - -

.....
Firma y aclaración del
Postulante

(Marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Lugar y Fecha:.....

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

4. PLAN DE VACUNACIÓN:

Con la siguiente encuesta, se desea conocer el actual estado de inmunizaciones (vacunación) del postulante, por lo cual se solicita se rellene el formulario con datos veraces.

	1 ^a Dosis	2 ^a Dosis	3 ^a Dosis	Refuerzo	No sabe / No Recuerda
Anti Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Doble Adulto / Triple Bacteriana A celular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Triple Viral / Doble Viral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
COVID	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Otras inmunizaciones (especificar)

:

.....

.....

.....

.....

.....

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

(marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Lugar y Fecha:.....

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

5. INSPECCIÓN CLÍNICA:

Detallar datos significativos:

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

(marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Lugar y Fecha:.....

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

6. **OTORRINOLARINGOLOGÍA:**

Detallar datos significativos

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

Audiometría:

.....
.....

(marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Lugar y Fecha:.....

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

7. ECOGRAFÍA ABDOMINAL:

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

(marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Lugar y fecha:.....

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

8. ODONTOLOGÍA:

**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>		55	54	53	52	51		61	62	63	64	65	<i>Izquierda</i>				
	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
 POTESIS FIJA
 PROTESIS REMOVIBLE
 CORONAS
 CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES

Radiografía Panorámica Odontológica:

OBS:

(marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Lugar y fecha:

.....
 Firma y aclaración
 Odontólogo de **GN**

9. CARDIOLOGÍA:

Aparato circulatorio:

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

Tensión Arterial: Máxima Mínima

Informe ECG.:

Ergometría:.....

.....

OBS:

.....
.....

Cardiología: se otorga la "Aptitud" con estudios médicos presentados por el postulante y mediante examen clínico.

(marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Lugar y Fecha:.....

.....
Firma y sello del Médico



10. OFTALMOLOGÍA:

*Agudeza visual "SIN CORRECCIÓN":

OD:..... OI:..... Campo Visual:.....

Visión Cromática:Pupilas:

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). –

(marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Lugar y Fecha:.....

.....

Firma y sello del Médico

11. GINECOLOGÍA:

Examen Ginecológico:

PAP (Papanicolaou):

COLPOSCOPIA

Ecografía Ginecológica:

Ecografía Mamaria:

OBS:

.....

.....

(marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Lugar y Fecha:.....

.....
Firma y sello del Médico

12. RADIOLOGIA

RX de Tórax Frente con Informe:

RX de Columna Lumbosacra (F y P):

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

(marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Lugar y Fecha:.....

.....
Firma y sello del Médico

13. LABORATORIO

- Hemograma
- Hepatograma
- Coagulograma
- Glucemia
- Hemoglobina Glicosilada
- Colesterol Total
- Triglicéridos
- Urea
- Creatinina
- TGO
- TGP
- Orina Completa
- Test de Embarazo Actualizado (Sub-Unidad BETA)

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

(marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Lugar y Fecha:.....

.....
Firma y sello del Médico

14. NEUROLOGIA:

Electroencefalograma con activación completa:

Examen Neurológico:

OBS:

(marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Lugar y Fecha:.....

.....
Firma y sello del Médico

15. NEUMONOLOGIA:

Espirometria:

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

Examen Respiratorio:

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

OBS:

.....
.....

(marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Lugar y Fecha:.....

.....
Firma v sello del Médico

16. CONCLUSIÓN FINAL DEL MÉDICO DE LA UNIDAD:

(Para la conclusión final, el postulante deberá portar todos los estudios médicos practicados, incluida la presente Ficha Médica con los aptos médicos firmados del punto 2. al 16.)

(marque con un círculo lo que corresponda).

APTO

NO APTO

Detallar causas de NO APTO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lugar y Fecha:.....

.....
FIRMA, ACLARACIÓN Y MATRÍCULA DEL MÉDICO DE
LA UNIDAD DE GENDARMERÍA NACIONAL
DONDE REALIZÓ EL TRÁMITE