



**APELLIDO Y NOMBRE**

.....

**DNI**

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO**

...../...../.....

**EDAD**

.....

**ESTUDIOS PRIMARIOS-SECUNDARIOS**

.....

**DOMICILIO SEGÚN DNI**

.....

**DOMICILIO ACTUAL**

.....

**NUM TELEFONO FIJO**

.....

**NUM CELULAR Y COMPAÑÍA**

.....

.....

**SEGÚN LA DIV VI RECLUT Y MOVIL**

**APTO / NRP**

# LEER CON ATENCION

## REQUISITOS PARA INGRESAR AL EJERCITO ARGENTINO COMO SOLDADO VOLUNTARIO

- SER ARGENTINO NATIVO O POR OPCION
- TENER 18 Y 24 AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DE SU INCORPORACION
- TENER secundario COMPLETO
- NO TENER ANTECEDENTES POLICIALES
- NO POSEER TATUAJES VISIBLES CON REMERA O PANTALÓN CORTO, Y DE POSEER LOS MISMOS SERÁN ANALIZADOS POR PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA
- PESO ACORDE A LA TALLA.
- SALUD BUCODENTAL, NO DEBEN FALTAR MÁS DE TRES (3) PIEZAS DENTARIAS.
- AGUDEZA VISUAL MENOR A 7/10 – QUEDARA NO APTO

### IMPORTANTE PARA EL LLENADO DE LOS FORMULARIOS

- LLENAR LOS FORMULARIOS DONDE SE ENCUENTRAN MARCADOS CON UNA CRUZ - EL DUPIE SE LLENA TODO CON LETRA IMPRENTA, LEGIBLE Y **TINTA NEGRA**
- SERA LLENADO DE PUÑO Y LETRA POR EL INTERESADO, SIN ERRORES, BORRONES O TACHADURAS
- COLOCAR DATOS DEL INTERESADO COMO FIGURA EN EL **D.N.I**
- COLOCAR NRO DE TELEFONO FIJO (PROPIO-FAMILIARES-VECINOS-ETC) Y CELULAR ACLARANDO EMPRESA
- NO DEBERA CONSIGNAR NINGUNA FECHA
- NINGUN FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR NINGUN PROFESIONAL MEDICO

## 2. ORDEN DE LA DOCUMENTACION A PRESENTAR Y EN LA QUE DEBEN DISPONERSE EN LA CARPETA

1. SOLICITUD DE INCORPORACION INICIAL: DE 4 CARILLAS - ANVERSO Y REVERSO (LLENAR LO MARCADO CON CRUZ)
2. .DECLARACION JURADA DE SALUD: DE 5 CARILLAS - ANVERSO Y REVERSO (LLENAR LO MARCADO CON CRUZ)
3. .DUPIE: DE 3 CARILLAS - ANVERSO Y REVERSO (LLENARLO COMPLETO) – FOTO FONDO CELESTE
4. .CERTIFICADO ESTUDIO DE AGUDEZA VISUAL: REALIZADO POR MEDICO OFTALMOLOGO DE AMBOS OJOS POR SEPARADO Y SIN ANTEOJOS (DE ARMAZON O DE CONTACTO)
5. ESTUDIO DE AUDIOMETRIA
6. FOTOCOPIA DEL ACTA/CERTIFICADO DE NACIMIENTO
7. FOTOCOPIA DEL DNI (anverso y reverso) CON DOMICILIO ACTUALIZADO
8. CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA ORIGINAL
9. FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE ESTUDIOS
10. CONSTANCIA DE CUIL
11. CURRICULUM VITAE
12. ECOGRAFIA GINECOLOGICA ,PAPANICOLAU Y COLPOSCOPIA
13. FORMULARIO DE EXAMEN PSICOFISICO DE INGRESO: DE 2 CARILLAS LLENAR LO MARCADO CON CRUZ (NO REALIZARSE NINGUN ESTUDIO MEDICO NI LLENAR POR MEDICO PARTICULAR)



**SOLICITUD DE  
INCORPORACION  
INICIAL**

**DIV RECLUT MOVIL "MZA"**

**CONFIDENCIAL**

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN INICIAL**

**ANTE LA DETECCIÓN DE DATOS FALSOS O INCOMPLETOS, LO TRAMITADO CARECERÁ DE VALIDEZ.**

**DATOS DEL POSTULANTE**

X

Nro	DATOS	
1	NOMBRES:	
2	APELLIDO/ S:	
3	DOMICILIO:	
4	TELEFONO:	
5	FECHA DE NACIMIENTO:	
6	LUGAR DE NACIMIENTO:	
7	EDAD:	
8	ESTADO CIVIL:	
9	TIENE HIJOS:	
10	ESTUDIOS:	
11	OFICIOS:	
12	OTROS EMPLEOS:	
13	ESTUVO INCORPORADO EN ALGUNA FFAA o FFPSS	FECHA (desde/ hasta):
		FFAA (Unidad) o FFPSS (detallar cual):
		CAUSA DE BAJA:

Fecha establecida para nueva presentación del postulante: .....

**NOTA: La presente debe ser llenada en todas sus partes y donde no haya que escribir, se cerrará con una raya.**

**DECLARACIÓN JURADA:**

Declaro/ amos bajo juramento, firmando de conformidad, estar en un todo de acuerdo con las obligaciones contenidas en el presente documento y anexos, que **todos los datos consignados son veraces y exactos**, de acuerdo a mi/ nuestro leal saber y entender. Asimismo me/ nos notifico/ notificamos que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará lugar a las acciones legales que correspondan, así como también que estoy/ estamos obligado/ s a informar toda modificación que se produzca en el futuro, dentro de los SIETE (7) días hábiles subsiguientes. **Además autorizo/ amos de acuerdo con el Art 51 del Código Penal (Ley 23.057) a recabar los antecedentes necesarios a los organismos policiales y judiciales.**

Lugar y fecha: .....de .....de 201...

X

.....  
Firma del interesado  
Aclaración:.....  
Fecha:.....

.....  
Firma del Padre/ Madre/ Tutor  
Aclaración:.....  
Fecha:.....

.....  
Firma autoridad militar, policial o civil que certifica

**DIV RECLUT MOVIL "MZA"**

**FORMULARIO CLASIFICACIÓN PRELIMINAR**

Fecha: ..... Nro Control: ..... Oficina de Reclutamiento: .....

X Nombres y Apellido/ s:..... DNI: ..... Clase: .....

Domicilio:.....Tel: .....

**ENTREVISTA PERSONAL**

ASPECTOS EVALUADOS	A	B	C	D
PRESENCIA				
ANTECEDENTES PERSONALES - HÁBITOS				
EDUCACIÓN - ANTECEDENTES LABORA- LES				
APTITUD PARA TRABAJO EN EQUIPO				
ANTECEDENTES FAMILIARES				
ANTECEDENTES PERSONALES				
SEGURIDAD EN SI MISMO				
DINAMISMO				

**REFERENCIAS:**

- A: SOBRESALIENTE
- B: BUENO
- C: REGULAR
- D: NO SATISFACE

En la columna corres-  
pondiente marcar con  
una (x)

**DESTINOS/ GUARNICIONES SOLICITADAS**

PRIORIDAD 1	PRIORIDAD 2	PRIORIDAD 3

Otra información de interés:.....  
.....

**Juicio sintético: (APTO – NO APTO)**

**Breve Juicio:**

.....  
.....

Lugar y Fecha:.....de ..... de 201...

.....  
**Firma/ Aclaración del entrevistador:**

**Observaciones del Oficial de Incorporación:**.....  
.....  
.....

Lugar y Fecha:.....de.....de 201...

.....  
Firma del Oficial de Incorporación

**DIV RECLUT MOVIL "MZA"**

**CONFIDENCIAL**

**FORMULARIO CLASIFICACION PRELIMINAR**

Sanidad .....

Serv Odont .....

J M Nro .....

**FICHA ODONTOLOGICA**

**X**

Apellido y Nombres ..... Edad .....

Fecha ..... Grado ..... MI ..... Destino .....

REFERENCIAS Caries Curables <input type="radio"/> Caries Incurables - <input type="checkbox"/> Extraccion II <input type="checkbox"/> Diente Ausente X <input type="checkbox"/> Temporario T <input type="checkbox"/> Obturacion / <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"/> <input type="checkbox"/>	REFERENCIAS Corona <input type="radio"/> Pivot P <input type="checkbox"/> Incrustacion I <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Protesis <input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11 12 13 14 15 16	
	32 31 30 29 28 27 26 25	24 23 22 21 20 19 18 17	

.....  
**Firma y Sello del Médico**

**RECONOCIMIENTO MÉDICO PRELIMINAR**

<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>APTO</b>	<b>APTO LIMITADO</b>	<b>APTO CONDICIONAL</b>	<b>NO APTO</b>
----------------------	-------------	----------------------	-------------------------	----------------

Tachar lo que no corresponde.

En caso de ser clasificado No Apto, Apto Limitado o Apto Condicional, **la causa determinante deberá ser comunicada al postulante por escrito con la firma del facultativo interviniente:**

.....  
.....

Lugar y Fecha:.....de ..... de 2017.

.....  
Firma y Sello del médico interviniente

.....  
Firma del postulante

Aclaración:.....  
DNI:.....  
Fecha:.....

**DIV RECLUT MOVIL "MZA"**

**CONSENTIMIENTO PARA PRESCRIPCIÓN DE PRUEBA DIAGNOSTICA**

**POR AUTORIDAD MEDICA**

**X** NOMBRES Y APELLIDOS: .....  
DNI: ..... ESTADO CIVIL: ,,,,,,,,,,,,,, FECHA: .....  
DOMICILIO: .....

**DECLARA EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA CON PLENA CAPACIDAD PARA EJERCER SUS DERECHOS, QUE HA SIDO AMPLIAMENTE INFORMADO SOBRE LA NECESIDAD DE SOMETERSE A UNA PRUEBA DIAGNOSTICA PARA LA DETECCIÓN INDIRECTA DEL VIRUS QUE TRANSMITE EL SIDA (HIV), MEDIANTE LA TÉCNICA ELISA O SIMILAR.-**

**A SU VEZ, SE LE HA ASEGURADO AL SUSCRIPTO LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS RESULTADOS, COMO ASI TAMBIEN EL DEBIDO ASESORAMIENTO, EN EL CASO DE ESTAR INFECTADO POR EL VIRUS (HIV).-**

**POR TODO LO EXPUESTO, CONSIENTO EXPRESAMENTE A QUE SE ME EFECTUE DOCHA PRUEBA DIAGNOSTICA, Y EN EL CASO DE QUE FUESEN POSITIVOS LOS PRIMEROS RESULTADOS, LOS QUE SEAN NECESARIOS PARA LA CONFIRMACIÓN DEFINITIVA.-**

MENDOZA, .....de ..... de 201 ,

**X** .....  
Firma y Aclaración

**X** DNI .....

**RESUMEN DE ANTECEDENTES**

**1. ANTECEDENTES:**

.....  
.....

**2. FACTIBILIDAD DE INCORPORACIÓN (SI/ NO – FUNDAMENTOS):**

.....

Lugar y Fecha:.....de ..... de 201....

.....

Firma/ aclaración y sello del oficial de Incorporación



**DECLARACION  
JURADA DE  
SALUD**



## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

**FECHA:** ..... **NOMBRES y APELLIDO/ S:**.....

**FECHA DE NACIMIENTO:** ..... **EDAD:** ..... **SEXO:** .....

**LUGAR DE NACIMIENTO:** ..... **NACIONALIDAD:** .....

**ESTADO CIVIL:** ..... **CI:** ..... **DNI:** .....

**DOMICILIO:** ..... **LOCALIDAD:** .....

**PROVINCIA:** ..... **CODIGO POSTAL:** .....

**TELÉFONO PARTICULAR:** ..... **TELEFONO CELULAR:** .....

Marque con una X en el casillero que corresponda	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?			Motivo
¿Recibió o tiene pendiente alguna indemnización por accidente o enfermedad laboral?			Motivo
¿Ha sido exceptuado en alguna oportunidad por algún motivo, a su ingreso al SMV?			Motivo
¿Tiene seguro de vida?			Motivo
¿Le ha sido negado en alguna oportunidad una solicitud de seguro de vida?			¿Donde?
¿Fuma Ud?	SI	NO	¿Cuántos por día?
¿Toma bebidas alcohólicas?			¿Cuáles? ¿Cuántas por día?
¿Duerme sin inconvenientes?			¿Cuántas horas por día?
¿Observa alguna dieta en particular?			¿Cuál?
¿Practica deportes?			¿Cuáles?
¿Tiene otros pasatiempos?			¿Cuáles?

### TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (Marque con una X)

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Mareos o desmayos			Enfermedad de la piel			Úlcera gástrica/ duodenal.		
Nerviosismo excesivo			Disfunción de la visión			Ictericia		
Convulsiones			Falta de distinción de los colores			Trastornos digestivos		
Dolores de cabeza frecuentes			Sordera o disminución de audición			Acidez		
Pesadilla			Supuración de los oídos			Glucosa o albúmina en orina		
Insomnio o falta de sueño			Tuberculosis			Diabetes		
Perdida de la memoria			Vértigo o mareos			Hernias		

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Neuritis o neuralgia			Resfriados frecuentes			Hemorroides		
Reumatismo			Dentadura en mal estado			Fracturas o luxaciones		
Poliomielitis			Amigdalitis			Articulaciones dolorosas o hinchadas		
Brucelosis			Tos crónica			Dificultades al orinar o sangre en la orina		
Depresión			Sinusitis			Dolores en los pies o pie plano		
Paludismo			Sangre en el esputo			Dolores en la rodilla		
Fiebre reumática			Sudores nocturnos			Dolor de espalda cintura o ciática		
Enf(s) venéreas			Perdida de peso reciente			Dolor en el hombro		
Anemia			Trastornos en la voz			Várices		
Cáncer o tumores			Dolores de pecho			Desviación de columna		
Enf. Cardíaca			Falta de aire			Enf nerviosas		
Urticaria			Palpitaciones del corazón			Se psicoanaliza		
Asma			Problemas de Presión sanguínea			Enfermedades genitourinarias		
Sufrió asma de chico			Sífilis			Apilepsias		
Bronquitis			Alergia			Cálculos en riñones o vesícula		
Pleuresía			Recibio transfusiones de sangre anteriormente			Hemorragias		
Neumotórax			Disritmia			Traumatismo de cráneo		
Enf de Chagas			Medicamentos que toma					

**SOLO PARA PERSONAL FEMENINO (Marque con una X)**

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Dolores Menstruales			Transtornos menstruales			Ausencia de menstruación		
Aborto terapéuticos o espontaneos			Enfermedades mamarias			Intervenciones quirúrgicas en ovarios		
Intervenciones quirúrgicas en útero			Intervenciones quirúrgicas en mamas			Menstruaciones fuera de ciclo		
Fecha ultima menstruación								
Fecha ultimo control ginecológico								
Otras intervenciones en el aparato genital								

## OPERACIONES

	SI	NO	AÑO - OBSERVACIONES
X			Amígdalas
			Apendicitis
			Hernia
			Hemorroides
			Otras

## HÁBITOS TÓXICOS

	SI	NO
X		
<b>Consumió o consume drogas</b>		

En caso afirmativo, detalle el nombre y grado de consumo de la misma y todo otro dato de interés:

.....

.....

X

Si fue droga dependiente, ¿fue asistido en algún centro de rehabilitación? SI – NO

En caso afirmativo, detalle el nombre del centro y todo otro dato de interés:.....

.....

X

Tiene antecedentes familiares con esta causa: SI - NO

En caso afirmativo detalle el grado de parentesco y todo otro dato de interés: .....

.....

## HISTORIA FAMILIAR

¿Tiene o han tenido sus parientes algunas de las enfermedades que se enumeran a continuación?

En caso afirmativo indique quién con una X

ENFERMEDAD	PARIENTES VIVOS							FALLECIDOS	
	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	ESPOSO/A	ABUELO	ABUELA	QUIEN?	EDAD
X									
Artritis o Reumatismo									
Asma bronquial									
Cáncer									
Diabetes									
Afecciones cardíacas									
Hipertensión									
Enf. Renal (urinaria)									
Úlcera de estómago									
Úlcero de duodeno									
Tuberculosis									
Enf. mentales									

**Declaro bajo juramento que mis respuestas son verdaderas y faculto a la autoridad militar sanitaria correspondiente a requerir cualquier otro dato al respecto.**

**Doy me expresa conformidad para que se realicen los estudios hematológicos, serológicos, radiológicos y otros que la autoridad sanitaria militar requieran, necesarias para la determinación de aptitud.**

**Presto mi libre consentimiento, para que se me realicen las pruebas que permitan investigar la presencia del virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) en los términos establecidos por el Decreto Nro 906/95. Art 1° (“Las Fuerzas Armadas y de Seguridad adoptaran las medidas que sean mas convenientes para la realización de las pruebas diagnosticas necesarias para la detección de portadores del virus HIV, tanto en lo que respecta a interesados a ingresar a las mismas como al personal de sus Cuadros Permanentes y Plantas Basicas de su personal civil”).**

**Asimismo presto mi expresa conformidad para que la autoridad sanitaria militar verifique y cumpla con las exigencias establecidas en el calendario nacional de vacunación, como asi también con otras vacunas que por necesidad del régimen de servicio sean necesarias de aplicación.**

**X** Apellido/s y Nombre/s:.....

Lugar y Fecha:.....de ..... de 201 .

**X** Firma: .....  
Aclaración:  
DNI del postulante:

**RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE LOS MÉDICOS  
HISTORIA CLÍNICA**

Aspecto general: Defectos físicos: Estatura:                      Peso:                      Temp: Piel y cel subcutáneo: Ganglios: Bucodental: Oído (supuraciones): Ruidos cardíacos:                      Soplos: Pulso radial y periférico: Tensión arterial:	Várices: Tórax: Abdomen: Hígado – Bazo – Riñón: Hernias abdominales o inguinales: Testículos: (Varicocele – Hidrocele): Hemorroides - Fístulas: Columna vertebral: Ext Sup e Inferiores: Sistema nervioso:
---	---



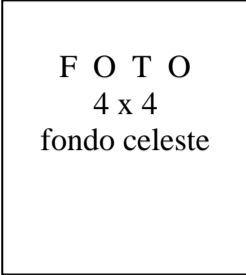
**DUPIE**

**DIV RECLUT MOVIL "MZA"**

**EJERCITO ARGENTINO**

**D U P I E**

Documento Unico para Incorporación al Ejército  
(El presente documento tiene carácter de Declaración Jurada)



El / La que suscribe :  
 APELLIDO: .....  
 NOMBRES: .....  
 Domiciliado/a en la calle: ..... Nro..... Piso.. ... Dpto.....  
 Localidad: .....Provincia : .....  
 CP: ..... Tel:.....  
 Solicita el ingreso al **Servicio Militar Voluntario**  
 En la categoría de: (1) Soldado Voluntario

(1) Oficial / Suboficial  
/Alumno / Soldado  
Voluntario / Ag Civil

**DATOS DEL / LA INTERESADO / A**

Lugar de nacimiento : .....Provincia: .....  
 Día : ..... Mes : ..... Año : ..... Edad : ..... Clase : ..... DNI : .....  
 DM..... Of / Sec Ident:..... Nacionalidad.....  
 Cédula de Identidad Nro ..... Expedida por: .....  
 Sexo: .....Grupo Sanguíneo : ..... Estado civil : ..... Tiene hijos ? SI - NO  
 Cuantos:.....Varones : ..... Mujeres : ..... Cumplió con el Servicio Militar:? SI - NO  
 Dónde:.....Causa no cumplimiento:.....  
 Vivió en el extranjero : .....Motivo : .....  
 Lugar : .....Desde : ..... Hasta : .....

**DATOS DE ESTUDIOS/TRABAJO :**

Tipo de estudios cursados:.....  
 (Se consignará si es Comercial – Bachiller – Técnico, etc) Si es de Nivel : Terciario y / o Univers.  
 Título alcanzado : .....  
 Nombre del colegio, instituto o facultad/universidad del que proviene : ..  
 Dirección: .....  
 Localidad .....Provincia.....  
 Otros estudios en el país o en el extranjero: (2)..... Consignar dónde, nivel que alcanzó y título obtenido .  
 Año aprobado (sin adeudar materias).....Año que cursa : .....  
 Idiomas que habla .....Lee: .....Escribe: .....  
 Trabaja : SI - NO / Efectivo - Temporario / Dónde : .....Dirección : .....  
 CP : ..... Localidad: ..... Provincia : .....  
 Puesto o tarea que desempeña / ba : .....Antigüedad:.....meses.....  
 Causa del cese .....  
 Sistema Previsional afiliado: .....  
 Solicitó la incorporación en otras oportunidades al Instituto u organismo del Ejército Argentino:  
 SI - NO Cuantas veces ? : .....En que año/s : .....  
 Estuvo incorporado anteriormente en otra Fuerza Armada o de Seguridad?: SI - NO  
 Cual? ..... En carácter de : .....  
 Motivo de la baja:.....  
 Solicito ingresar al Servicio Militar Voluntario:.....Cuándo: .....Dónde:.....  
 Unidad más próxima a su domicilio : .....

**Datos de personas mayores de edad que no sean parientes y puedan informar sobre el postulante:**

Apellido :		
Nombres :		
Ocupación :		
Domicilio :		
Tiempo de trato:		

Motivaciones que indujeron a su incorporación: .....

.....

.....

.....

<b>AFILIACIONES A ORGANIZACIONES:</b>	
Deportivas:	
Culturales:	
Otras:	

<b>DATOS DE LOS PADRES :</b>		
<b>DATOS PERSONALES</b>	<b>PADRE</b>	<b>MADRE</b>
Apellido :		
Nombres :		
Fecha de nacimiento :		
Edad :		
Nacionalidad :		
Naturalizado y país de origen :		
Vive ? :		
Domicilio actual :		
Localidad – provincia :		
Código postal :		
Carta de ciudadanía :		
Pasaporte Nro .		
<b>PROFESION O EMPLEO</b>		
Si es profesional, título :		
Si es empleado, actividad o ramo		
Tareas que desempeña :		
Comerciante – Industrial (tipo de Comercio – Industria )		
Propietario – Socio :		
Teléfono del lugar de trabajo		
<b>SI ES MILITAR :</b>		
Grado, Arma o Servicio:		
Situación de revista actual :		
Destino, Cargo:		
<b>SI ES EMPLEADO/A CIVIL DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>		
Organismo en que presta servicio		
Categoría :		
Puesto que desempeña :		
<b>OTROS DATOS DE INTERES</b>		
Otras ocupaciones :		

<b>HERMANOS</b>				
Apellido :				
Nombres				
Edad :				
Estado civil :				
Ocupación o estudios				
Empleado de o año que cursa :				
<b>HERMANOS</b>				
Apellido :				
Nombres				
Edad :				
Estado civil :				
Ocupación o estudios				
Empleado de o año que cursa :				

**DIV RECLUT MOVIL "MZA"**

<b>DE LOS ABUELOS</b>		
<b>PATERNOS</b>		
	<b>ABUELO</b>	<b>ABUELA</b>
Apellido :		
Nombres :		
Vive ? :		
<b>MATERNOS</b>		
	<b>ABUELO</b>	<b>ABUELA</b>
Apellido :		
Nombres :		
Vive ? :		
<b>DEL TUTOR O APODERADO</b>		
Apellido :	Nombres:	
Edad:	Nacionalidad:	
Domicilio:	Localidad:	
Provincia:	Código Postal:	
D I Tipo / Nro :	Teléfono:	
Profesión:		
Grado de parentesco con interesado/a:		

**NOTA : LA PRESENTE DEBE SER LLENADA EN TODAS SUS PARTES. DONDE NO HAYA QUE ESCRIBIR, SE CERRARA CON UNA RAYA .**

**LA SOLICITUD O DOCUMENTO INCOMPLETO, SERA RECHAZADO.**

**DECLARACION JURADA:** Declaro/amos bajo juramento, firmando de conformidad, estar en un todo de acuerdo con las obligaciones contenidas en el presente documento y anexos, que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mi/nuestro leal saber y entender. Asimismo me/nos notifico/amos que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión, dará lugar a las acciones legales que correspondan, así como también que estoy/amos obligado/s a informar toda modificación que se produzca en el futuro, dentro de los 7 días hábiles subsiguientes. Además autorizo/amos de acuerdo al Art 51 del Código Penal (Ley 23.057) a recabar los antecedentes necesarios a los organismos policiales y judiciales.

Lugar y fecha:..... de ..... de 201 .

X

.....  
**Firma del interesado/a**

.....  
**Firma del Padre/Madre/Tutor**  
**(Menor de edad o huérfano de padre y madre)**

Certificación de firma : (Debe ser certificada por una autoridad militar, judicial o policial).

Certifico que la firma que antecede ha sido puesta de puño y letra por el causante ante mi presencia.

.....  
Firma de la autoridad que certifica





## **DOCUMENTACION ANEXA A PRESENTAR**

### **SEGÚN EL SIGUIENTE ORDEN:**

- 1º- CERTIFICADO ESTUDIO DE AGUDEZA VISUAL Y AUDIOMETRIA
- 2º- FOTOCOPIA DEL ACTA/CERTIFICADO DE NACIMIENTO
- 3º- FOTOCOPIA DEL DNI (anverso y reverso) CON DOMICILIO ACTUALIZADO
- 4º- CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA ORIGINAL
- 5º- FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE ESTUDIOS
- 6º- CONSTANCIA DE CUIL
- 7º- CURRICULUM VITAE
- 8º- PAPANICOLAU , ECOGRAFIA GINECOLOGICA Y COLPOSCOPIA



**FORMULARIO  
EXAMEN  
PSICOFISICO**

# FORMULARIO DE EXAMEN PSICOFISICO DE INGRESO

<b><u>APELLIDO Y NOMBRE</u></b>	<b><u>DNI:</u></b>	<b><u>SEXO:</u></b>
<b><u>Fecha y Lugar de nacimiento:</u></b>	<b><u>Domicilio actual</u></b>	<b><u>Fecha Examen:</u></b>
<b><u>Lugares anteriores de residencia (más de 6 meses)</u></b>		<b><u>Teléfono:</u></b>

## **A. ANTECEDENTES PERSONALES**

<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>TILDAR CADA ITEM</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>TILDAR CADA ITEM</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>TILDAR CADA ITEM</u>
		<u>Fiebre reumática</u>			<u>Internaciones</u>			<u>Tabaquismo</u>
		<u>Neumopatías</u>			<u>Interven Quirúrgicas</u>			<u>Uso de drogas</u>
		<u>asma</u>			<u>Desmayos</u>			<u>Hipertensión arterial</u>
		<u>alergias</u>			<u>Amnesias</u>			<u>Trastornos Menstruales</u>
		<u>otitis – sinusitis</u>			<u>Convulsiones/Epilepsia</u>			<u>Tras Género Urinario</u>
		<u>Anginas a repetición</u>			<u>Depresión</u>			<u>Embarazos Abortos</u>
		<u>Diabetes</u>			<u>Irritabilidad</u>			<u>Enfermedad Venerea</u>
		<u>Intol a medicamentos</u>			<u>Véertigos-Zumbidos</u>			<u>otros</u>
		<u>Traumatismos-heridas</u>			<u>Habitos alcoholicos</u>			<u>otros</u>

## **B. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES FAMILIARES**

---



---

## **C. TRABAJOS ANTERIORES**

.....  
 (DECLARO QUE LOS DATOS QUE ANTECEDEN DADOS POR MI, SON LA FIEL EXPRESION DE LA VERDAD)

X .....  
 FIRMA DEL EXAMINADO

<b>BIOMETRIA</b>	1. ALTURA	2. PESO	3. PER TORAC	4. CONTEXTURA FISICA-			
				Delgado	Mediano	Pesado	Obeso
<b>NORMAL</b>	<b>EXAMEN CLINICO</b>			<b>ANORM</b>	<b><i>NOTAS: DESCRIBA CUALQUIER ANORMALIDAD CON DETALLE, ANOTANDO EL NUMERO DEL PARRAFO PERTINENTE.</i></b>		
	5.Cabeza, Cara. Cuello, Cabello						
	6.Toraz y pulmones						
	7.Corazón (Ritmo-sonidos)						
	8.Sistema vascular (Várices)						
	9Abdomen y víceras (Hernias)						
	10. Ano y recto (Hemor,fistul)						
	11. Sistema endocrino						
	12. Sistema género urinario						
	13. Extremidades superiores						
	14. Pies						
	15. Extremidades inferiores						
	16. Columna vertebral						
	17. Señas particulares, tatuajes						
	18. Piel y linfáticos						

### **19 EXAMEN CLINICO – CARDIOLOGICO**

<b><u>20. PRESION ARTERIAL</u></b>	<b><u>SIST:</u></b> <b><u>DIAST:</u></b>	<b><u>21. PULSO RECOSTADO</u></b>	<b><u>22. E. C. G.</u></b>
------------------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------

### **23. DENTAL**

CARIES CURABLES <b>9</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	<b>0</b> CORONA <b>P</b> PIVOT <b>I</b> INCRUSTACION PUENTE CHAPA GANCHO/PARES ORTODONDIA	24. DEFECTOS O ENFERMEDADES BUCO DENTALES
□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																																							
8		7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																									
□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□																																							
CARIES INCURABLES-																																																									
DIENTE EXTRAIDO =																																																									
DIENTE AUSENTE <b>X</b>																																																									
DIENTE TEMPOR <b>T</b>																																																									
OBTURACION /																																																									
PARADENTOIDES <b>PD</b>																																																									

<b>NORMAL</b>	<b>EXAMEN CLINICO</b>	<b>ANOR</b>	<b>NOTAS:</b> DESCRIBA CUALQUIER ANORMALIDAD CON DETALLE, ANOTANDO EL NUMERO DEL PARRAFO PERTINENTE					
	25. OJOS -GENERAL							
	26. OFTALMOSCOPIA							
	27. PUPILAS (REACCION)							
	28. NOTILIDAD OCULAR							
29. VISION LEJANA	30. REFRACCION	31. VISION CERCANA	32. RETEROFORIA (ACLARAR DISTANCIA)	33. VISION CROMATICA				
OD C/C								
OI C/C								
<b>NORMAL</b>	<b>EXAMEN CLINICO</b>	<b>ANOR</b>	<b>NOTAS:</b> DESCRIBA CUALQUIER ANORMALIDAD CON DETALLE, ANOTANDO EL NUMERO DEL PARRAFO PERTINENTE					
	34. NARIZ							
	35. SENOS PARANASALES							
	36. BOCA Y GARGANTA							
	37. OJOS GENERAL							
	38. TÍMPANOS PERFORAC							
39	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
AUDIOMETRIA								
DERECHO								
IZQUIERDO								

40. NEUROLOGIA	41. PSIQUIATRIA
42. TESTS PSICOLOGICOS	43. E.E.G.

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

<b><u>LABORATORIO</u></b>									
44. ORINA DENSIDAD	SEDIMENTO		ALBUMINA		GLUCOSURIA		EMBARAZO		
45 SANGRE GLUCEMIA	UREMIA		ERITRO		CREATININEMIA		URICEMIA		
TIEMPO DE PROT	KPTT		GL ROJOS		GL BLANCOS		HEMOGL		HEMAT
FORM N	M.E.	N.B.	O.L.	P.M.		RECUENTO PLAQUETAS			
SEROLOGIAS V.D.R.L.			HIV (Elisa)			HEPATITIS B			
CHAGAS MAZZA (Inmunofluorescencia)					BRUCELOSIS (Ruddlesson)				

<b><u>RADIOLOGIA</u></b>	
46 TORAX	COLUMNA LUMBO SACRA
47 NOTAS	

**CLASIFICACION:**

---

FECHA:.....

.....  
FIRMA AUTORIDAD MEDICA

**ENTERADO:**.....  
FIRMA DEL POSTULANTE



# HISTORIA GINECOLÓGICA

## HISTORIA GINECOLÓGICA

Ritmo menstrual: Embarazos: Ginecopatías:	Le obligan a guardar reposo: SI – NO: Complicaciones post - parto o aborto: Glándula mamaria:
<b>RESUMEN ANTECEDENTES</b>	
<b>CONCLUSIONES EXAMENES CLÍNICOS</b> .....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Lugar y Fecha:.....de ..... de 201 .	
<b>Firma, aclaración y sello del médico examinador</b> .....	

### **NOTA:**

**En caso de ser clasificado No Apto, Apto Limitado o Apto Condicional**, la causa determinante deberá ser comunicada al postulante por escrito con la firma del facultativo interviniente:

Lugar y Fecha:.....de ..... de 201 .

.....  
Firma del postulante  
Aclaración:.....  
DNI:.....  
Fecha:.....

.....  
Firma del médico interviniente