|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |   |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** |

 **-1-**

 **POLICIA DE ENTRE RIOS**

**DIRECCION INSTITUTOS POLICIALES**

**FICHA MEDICA DE INGRESO**

**CADETE / AGENTE (MARQUE LO QUE CORRESPONDA)**

**APELLIDO Y NOMBRE**………………………………………………………………………..**EDAD**……….…

**D.N.I Nº**…………………..**FECHA DE NACIMIENTO**……../……../………**LUGAR**……….....….…….……..

**DOMICILIO ACTUAL**……………………………………………………………………………………….……

**CIUDAD**……………………………………………………**PROVINCIA**………………………..……………….

**ANTECEDENTES FAMILIARES (Madre-Padre-Hermanos)**

 OTROS NO MENCIONADOS………………………………………………….…

 EPILEPSIA

 DIABETES

 CARDIACOS FALLECIMIENTOS ……………………………………………………………

 DEPRESION

 ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL …………………...…

 PRESION ALTA

**ANTECEDENTES PERSONALES**

 TUBERCULOSIS NERVIOSISMO CELIAQUIA CHAGAS

 E.T.S \* PARASITOS DEPRESION ANEMIA epilEPILEPSIA INSOMNIO ALERGIAS DIABETES

 HEPAT.B PRESION ALTA HERNIAS ASMA

 FRACTURAS DOLOR DE CINTURA MAREOS CRISIS DE PANICO

 CONVULSIONES OPERACIONES

**\*** ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

**NO**

**SI**

**¿TOMA ALGUNA MEDICACION?**

**En caso afirmativo, describa la medicación y el motivo:**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

**¿TOMA ALGUN COMPLEJO VITAMINICO Y/0 COMPLEMENTO NUTRICIONAL?**

**Especifique marca………………………………………………………………………………….**

**PRESENCIA DE TATUAJES SI NO CANTIDAD……………..**

**En caso afirmativa, describa en que zonas del cuerpo:**

**..……..…………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………**





**RECUERDE QUE SON VISIBLES, LO QUE NO PUEDA CUBRIR CON ESTAS PRENDAS.**

**¿ES ALERGICO? …………………….. ¿A QUÉ?....................................................................................................**

 **-2-**

**SI**

**NO**

**¿ESTUVO INTERNADO ALGUNA VEZ EN HOSPITAL O SANATORIO?**

**MOTIVO…………………………………………………………………………………………………………………**

**FECHA………………………**

**NO**

**SI**

**¿TUVO ALGUN ACCIDENTE? …… FECHA …………………………………………………**

**Describa que tipo de accidente y si quedo con secuelas (ej:fracturas):**

**…………………………………………………………………………………………………………………………**

**¿TUVO CIRUGIAS?**

**Describa fechas y tipo de cirugía que tuvo:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………....**

***HABITOS PERSONALES***

**NO**

**SI**

**FUMA**

**NO**

**SI**

**HACE ALGUNA DIETA? MOTIVO ………………………………………**

**¿CUÁL?..........................................................................................................................................................**

**SI**

**NO**

**¿PRACTICA DEPORTES? ¿CUÁLES? ............................................................................**

**USA ANTEOJOS Y/O LENTES DE CONTACTO? ………………………………………………………………….**

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS PRECEDENTEMENTE SON AUTENTICOS.-**

 **FIRMA DEL POSTULANTE**

**-3-**

**EXAMEN MEDICO (Para ser llenado por el profesional que realice el examen físico)**

**PESO TALLA** **TA** /

 **IMC**

Presencia de ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Antecedentes de Tratamientos Médicos de relevancia: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Presencia de Materiales de Osteosíntesis:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Antecedentes quirúrgicos:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Alergias:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **ALTERACIONES VISIBLES**

PIEL: ………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

CABEZA Y CUELLO……………………………………………………………………………………………

TORAX (Pectus Excavatum o cualquier variante anatómica que considere a destacar)

……………………………………………………………………………………………………………..

CORAZON Y PULMONES………………………………………………………………..…………….

ABDOMEN …………………………………………………………………………….……..

GENITALES-ANO………………………………………………………………………………..…………..

 COLUMNA (escoliosis, postura antalgica) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........

 EXTREMIDADES (evaluar amputaciones de cualquier extremidad y/o falange e informarla)

 …………………………………………………………………………………………………………………

 EVALUACION DE PIE (Evaluar arco del pie)

 …………………………………………………………………………………………………………………

**-4-**

**EXAMEN OFTALMOLOGICO**

AGUDEZA VISUAL: OD. ( ) OI. ( )

CROMATISMO: ………………………….

 **OBSERVACIONES (Alguna consideración que desee destacar):**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |   |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** |

 **FIRMA Y SELLO**

**INFORME ODONTOLOGICO (Para ser llenado por el odontólogo que realice la evaluación)**

 PIEZAS AUSENTES:

 --------------------------------------------------------------------------------------------------------

PIEZAS A EXTRAER:

 -------------------------------------------------------------------------------------------------------

PIEZAS CARIADAS:

 -------------------------------------------------------------------------------------------------------

PRESENCIAS DE PROTESIS: SI NO

LESIONES ORALES: SI NO Cuales?

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**OBSERV**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

\*ADJUNTAR ODONTOGRAMA INFORMADO



 **(IMAGEN ILUSTRATIVA)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |   |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** |

 **FIRMA Y SELLO**