**Examen médico del estudiante**

*Datos de la casa de estudio*

|  |
| --- |
| Nombre |
| Domicilio |
| Localidad |
| Provincia |

*Datos del examinado*

|  |
| --- |
| Nombre y apellido |
| Domicilio |
| Calle N° |
| Tel/Cel |
| Lugar y fecha de nacimiento |
|  |
| Estado civil |
| L.E/L.C/DNI/C.I |
| Estudios |

 Foto 4x4

**Declaración jurada**

*Antecedentes familiares*

|  |
| --- |
| Tiene familiares directos con enfermedades |
| SI NO |
| Qué tipo de enfermedad |
|  |
| Algún muerto? SI NO |
| De qué? |
|  |

*Hábitos tóxicos*

|  |
| --- |
| Fuma? SI NO |
| Cuantos cigarrillos por día? |
| Desde cuándo? |
| Fumó? SI NO |
| Cuantos cigarrillos por día |
| Tiempo |
| Toma bebidas alcohólicas? SI NO |
| Cuales? |
| Cuanto? |
| Tomó antes SI NO |
| Tiempo  |
| Toma medicamentos SI NO |
| Cuales? |
|  |
| Toma medicamentos SI NO |
| Cuales? |
| Desde cuándo? |
| Consumió medicamentos antes SI NO |
| Cuáles? |

**Sistemas**

*Aparato respiratorio*

|  |  |
| --- | --- |
| Tos persistente SI NO | Sinusitis SI NO |
| Anginas repetidas SI NO | Alergia SI NO |
| Dolor opres tórax SI NO | Asma SI NO |
| Sensación ahogo SI NO | Enf. Pulmón SI NO |

*Aparato cardiovascular*

|  |  |
| --- | --- |
| Palpitaciones SI NO | Dolor de pecho SI NO |
| Hinchazón tobillo SI NO | Presión alta SI NO |
| Sufre del corazón SI NO | Mal de chagas SI NO |

*Aparato digestivo*

|  |  |
| --- | --- |
| Caries SI NO | Enf. de la boca SI NO |
| Dif. Para tratar SI NO | Úlcera SI NO |
| Sufre de hig. o vesic. SI NO | Mala digestión SI NO |
| Hemorroides SI NO | Hernias SI NO |

*Sistema urinario*

|  |  |
| --- | --- |
| Dif. Para orinar SI NO | Varicocele SI NO |
| Se levanta a orinar SI NO | Incontinencia SI NO |
| Ardor al orinar SI NO | Cólico renal SI NO |
| Enf. Venéreas SI NO | Cuales? SI NO |

*Sistema locomotor*

|  |  |
| --- | --- |
| Dolor cervical/nuca SI NO | Dolor dorsal SI NO |
| Fracturas/accidentes SI NO | Lumbago SI NO |
| Dolores articulares SI NO | Pie plano SI NO |
| Artritis SI NO | Calambres SI NO |

*Ginecología*

|  |
| --- |
| Examen ginecológicos (agregar informes) |
|  |
|  |
| Menarca Edad: | Ritmo menstrual: |
| Embarazos SI NO |  |
| Partos: Cesáreas: Hijos: |

*Sistema nervioso*

|  |  |
| --- | --- |
| Trastor sensitivo SI NO | Trastor molares SI NO |
| Mareos/Desmayos SI NO | Convulsiones SI NO |
| Pérdida conoc SI NO | Epilepsia SI NO |
| Duerme bien SI NO | Crisis nerviosa SI NO |
| Dolor de cabeza SI NO | Meningitis SI NO |
| Depresión/tristeza SI NO | Trastor del habla SI NO |

*Vista*

|  |
| --- |
| Enfermedades de la vista SI NO |
| Cuales? |
| Usa anteojos SI NO Cuáles? |
| Desde cuándo? Cansancio visual SI NO |

*Audición*

|  |  |
| --- | --- |
| Otitis SI NO | Sordera SI NO |
| Zumbido de oído SI NO | Mareos/vért. SI NO |
| Estuvo sometido a ruidos intensos Si NO |

*Operaciones*

|  |
| --- |
| Ha sido operado? SI NO |
| De qué? |
| Cuando?  |
| Resultados |
| Cicatriz (describir lugar) |
|  |

*Internaciones*

|  |
| --- |
| Fecha |
| Motivo |
|  |

Declaro bajo juramento que la información precedente es verídica, completa y que no padezco ni he padecido otras enfermedades que las declaradas.

|  |
| --- |
| Fecha / / |

Firma del examinado Firma y sello del médico

**Examen clínico** (Informe del médico examinador)

*Datos generales*

|  |
| --- |
| Aspecto general |
| Grado de nutrición |
| Adenopatías SI NO |
| Descripción |
|  |
| Piel |
|  |

*Aparato respiratorio*

|  |
| --- |
| Percusión |
| Expansión de bases |
| Auscultación |
|  |
| Tos SI NO Expectoración SI NO |

*Aparato cardiovascular*

|  |
| --- |
| Frecuencia cardíaca Ritmo |
| Sistólica Diastólica |
| Choque de punta |
| Ruidos cardíacos normales SI NO |
| Tercer ruido SI NO Soplos SI NO Tipos |
|  |
| Pulsos periféricos |
| Pedios SI /NO Popliteos SI/NO Carolideos SI/NO |
| Edema maleolares SI NO |
| Várices SI NO (describir y señalar en el gráfico el trayecto) |

|  |
| --- |
| Mi derecho |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



|  |
| --- |
| Mi izquierdo |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



*Aparato digestivo*

|  |
| --- |
| Boca mucosa |
| Piezas dentarias |
|  |
| Hernias SI/NO Eventración SI/NO |
| Inginal SI/NO Crural SI/NO |
| Descripción |
|  |
|  |
|  |
| Circulación colateral SI/NO Donde? |
|  |

*Aparato urinario*

|  |
| --- |
| Varicocele SI NO |
| Otros |

*Aparato locomotor*

|  |
| --- |
| Columna inspección |
|  |
| Palpación |
|  |
| Miembros sup |
|  |
| Miembros inf. |
|  |

|  |
| --- |
| Alteraciones congénitas SI NO |
| Escoliosis SI NO | Lordosis SI NO |
| Cifosis SI NO | Displasias SI NO |
| Luxación congénita de caderas SI NO |

*Sistema nervioso*

|  |
| --- |
| Motricidad, fuerza |
| Sensibilidad |
| Trofismo muscular |
| Reflejos |
| Marcha  |
| Equilibrio |
| Pares craneales |
|  |

*Visión*

|  |
| --- |
| Agudeza visual |
| DD s/c c/c |
| DI s/c c/c |
| Colores |
| Examen oftalmológico base (agregar informe del |
| oftalmólogo en caso necesario) |
|  |

**Exámenes complementarios**

|  |
| --- |
| ECG |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Radiología |
| Rx de tórax (frente) |
| Rx Panorámica Lumbosacra (FyP) posición de pie |
|  |
| Rx C Cervical  |
|  |
|  |
| Otros |
|  |

|  |
| --- |
| Laboratorio |
| Hemograma completo |
| Glucemia |
| Colesterol |
| HDL |
| Uremia |
| Eritrosedimentación |
| Grupo sanguíneo Factor |
| Serología para Chagas |
| VDLR |
| Vacuna antitetánica 1° Dosis 2° Dosis |
| Orina Completa |
| Papanicolau |
|  |

|  |
| --- |
| Psicodiagnóstico (En sobre cerrado) |
| Examen psiquiátrico (adjuntar en sobre cerrado) |
| EEG (en condiciones especiales) |
|  |

OBSERVACIONES

*Consignar aquí con N° de ítems las observaciones que estime son necesarias para la mejor información*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Declaro bajo juramento que he constado personalmente todas y cada una de las circunsatncias consignadas precedentemente, responsabilizándome por su exactitud así como por cualquier omisión en la descripción de los mismos.**

|  |
| --- |
| Fecha / / |

Firma y sello del Médico Examinador

Firma del Examinado

**REQUISITOS PARA** **CERTIFICADO APTITUD PSICOFÍSICO**

1. En sangre reacción de V.D.R.L.
2. En sangre Eritrosedimentación
3. En sangre análisis completo
4. Serología de Chagas
5. Uremia
6. Glucosa
7. Orina completa
8. Albumina
9. Glucemia
10. Densidad
11. Grupo sanguíneo
12. Radiografía de tórax (grande) frente y perfil, RX de columna lumbar sacra (frente y perfil)
13. Certificado de nariz, garganta, oído (otorrinolaringólogo)
14. Psicodiagnóstico (psicologo o psiquiatra)
15. Certificado de vista (oftalmólogo)
16. Certificado de cardiología
17. Pap (opcional)
18. Mamografía a partir de los 40 años de edad (opcional)
* Los estudios deben tener como máximo 3 meses de antigüedad (excepto pap, y mamografía).
* Retirar planilla para psicofísico y ficha de antecedentes clínicos en secretaria técnico administrativa.
* Certificar por hospital público centro de salud u otros establecimientos públicos de salud.

**Ficha de antecedentes clínicos**

## ***Datos Personales***

## Nombres: Apellidos:

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_ DNI:

***Estado Nutricional y Signos Vitales***

Peso \_\_\_\_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_\_\_\_

Talla \_\_\_\_\_\_\_\_ TA \_\_\_\_\_\_\_\_ Factor \_\_\_\_\_\_\_\_

Frecuencia Cardíaca \_\_\_\_\_\_\_\_

***Vacunas***

B.C.G. (1 dosis) sí no

D.P.T. (5 dosis) completa no

Sabín (5 dosis) completa no

Hepatitis A sí no

Hepatitis B sí no

Meningitis sí no

Gripe sí no

***Enfermedades de la Infancia***

Sarampión sí no

Varicela sí no

Papera sí no

Rubeola sí no

***Enfermedades Actuales***

Diabetes sí no Padres Diabéticos si no

TBC sí no / Padre o familiar directo con TBC

Alergias: Penicilina sí no

 Dipirona sí no

 Corticoides sí no

 Medio Ambiente sí no

 Otra:

Asma sí no

Hemofílico sí no

Cardiovasculares sí no (Especifique)

 Epilepsia sí no

Hernia sí no (Especifique)

 Interv. Quirúrgicas sí no (Especifique)

 Otras

***Tratamientos***

¿Toma algún medicamento en forma regular? sí no (Especifique)

Firma y sello del médico