



DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

FORM. INSCRIPCIÓN N°: _____

| | | | |
|---------------------|--|---------------------------|--|
| <u>APELLIDO:</u> | | <u>NOMBRE:</u> | |
| <u>DNI:</u> | | <u>FEC. DE NAC.:</u> | |
| <u>DOMICILIO:</u> | | | |
| <u>LOCALIDAD:</u> | | <u>DPTO.:</u> | |
| <u>EST. CIVIL.:</u> | | <u>N° DE TEL DIRECTO:</u> | |

A PADECIDO O PADECE DE: *(Para ser completado por el postulante. Marque con una x lo que corresponda)*

| Marque cada ítem | SI | NO | Marque cada ítem | SI | NO | Marque cada ítem | SI | NO |
|-----------------------------|----|----|--------------------------|----|----|-----------------------|---------|----|
| Sarampión | | | Pleuresía | | | Apatía/desgano | | |
| Parotiditis | | | Asma | | | Irritabilidad | | |
| Rubeola | | | Rinitis Alérgica | | | Ansiedad | | |
| Varicela | | | Otitis | | | Trastorno Sensoriales | | |
| Tos convulsa | | | Sinusitis | | | Zumbidos | | |
| Difteria | | | Amigdalitis | | | Vértigo – Mareos | | |
| Escarlatina | | | Dermatitis a repet. | | | Neuropatías | | |
| Paludismo | | | Politraumatismos | | | Cefaleas graves | | |
| Tifoidea | | | Trauma. de cráneo | | | Sonambulismo | | |
| Sífilis | | | Fractura/luxaciones | | | Trastornos Urinarios | | |
| HIV | | | Heridas graves | | | Hipertiroidismo | | |
| Hepatitis B | | | Desmayos | | | Hipotiroidismo | | |
| Hepatitis C | | | Amnesia | | | Artritis Reumatoidea | | |
| Otra ETS (Enf.Trans.Sexual) | | | Convulsiones | | | Artrosis | | |
| Tuberculosis | | | Hipertensión Art. | | | Insomnio | | |
| F. Reumática | | | Hipotensión Art. | | | Pérdida de peso | | |
| Bronconeumonía | | | Anemia | | | Enfermedad Celíaca | | |
| Neumonía | | | Diabetes | | | Pérdida de memoria | | |
| Bronquitis Crónica | | | Infección Urinaria | | | Pérdida de conciencia | | |
| Palpitaciones | | | Epilepsia | | | Anginas | | |
| Dolor de pecho | | | Convulsiones | | | Hábitos | Alcohol | |
| Migraña | | | Hepatitis A | | | Tóxicos | Drogas | |
| Gastritis | | | Fobias o Pánico | | | COVID | | |
| Colon irritable | | | Depresión | | | Dengue | | |
| Enfermedad Autoinmune | | | Insuficiencia Cardíaca | | | Síndrome Tourette | | |
| Lesiones Osteoarticulares | | | Síndrome Genético | | | Lesiones Ligamentosas | | |
| Implantes mamarios | | | Fracturas / Traumatismos | | | Hernias Inguinales | | |
| Hernia de Disco | | | | | | | | |

INDIQUE SI TIENE LAS SIGUIENTES VACUNAS: *(Marque con una x lo que corresponda)*

| VACUNAS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---------------------|----|----|---------------------------|
| Neumococo Conjugada | | | |
| Meningococo | | | |
| Gripe | | | |
| Triple Viral | | | |
| Varicela | | | |
| Triple Bacteriana | | | |
| Hepatitis A | | | |
| Hepatitis B | | | |
| HPV | | | |
| TBC | | | |
| Dengue | | | |
| Covid – 19 | | | Indique cantidad de dosis |

OTROS: *(Tache con una x lo que corresponda)*

| | | | |
|---|----|----|-------------------------|
| Intolerancia o alergia a medicamentos, alimentos y/o otros | SI | NO | ¿Diga cuál? |
| Intervenciones quirúrgicas recientes | SI | NO | Secuelas |
| Traumatismo encéfalo craneano (T.E.C) con osteosíntesis en rostro / cráneo | SI | NO | Secuelas |
| Hábito Tabáquico (especificar edad de comienzo y cantidad de cigarrillos por día) | SI | NO | Obs: |
| Internaciones | SI | NO | Especificar causa y año |
| Otras enfermedades | SI | NO | ¿Diga cuál? |
| Medicación habitual diaria (específicas) | SI | NO | ¿Diga cuál? |

Ampliar información de ser necesaria.....

Declaro que los datos que anteceden dados por mí son la expresión fiel de la verdad y constituyen carácter de DECLARACIÓN JURADA. -----

SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, ___/___/___

(Lugar y fecha)

Firma y aclaración del postulante

Apellido y Nombre del aspirante:

DNI n°:



SECCIÓN RECLUTAMIENTO – DEPARTAMENTO PERSONAL
FICHA DE EXÁMENES MÉDICOS

| | |
|------------------------------------|---------------------------|
| FORM. INSCRIPCIÓN N°: _____ | |
| <u>APELLIDO:</u> | <u>NOMBRE:</u> |
| <u>DNI:</u> | <u>FEC. DE NAC.:</u> |
| <u>DOMICILIO:</u> | |
| <u>LOCALIDAD:</u> | <u>DPTO.:</u> |
| <u>EST. CIVIL.:</u> | <u>N° DE TEL DIRECTO:</u> |

Por la presente doy mi consentimiento libre y voluntario para realizar los estudios y evaluaciones requeridos en la presente FICHA MÉDICA.

Dejo constancia que se me ha explicado que la información que surja de la presente instancia podrá ser utilizada solo con fines de evaluación pre laboral como así también para ser agregada de ser necesario a mi legajo personal una vez ingresado. Por fuera de la misma, todos los datos se encuentran comprendidos dentro del secreto profesional.

Doy fe de que se han contestado mis preguntas y que he comprendido lo explicado, aceptando las condiciones propuestas.

SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, ____/____/____
Lugar y fecha

NOTIFICACIÓN Y FIRMA DEL ASPIRANTE:

ACLARACIÓN:

ESTUDIOS MÉDICOS A PRACTICARSE

1) Análisis de sangre y orina:

| ANÁLISIS | VALOR | OBSERVACIONES |
|--------------------------|-------|---------------|
| HEMATOCRITO (%) | | |
| LEUCOCITOS (X mm3) | | |
| GLUCEMIA | | |
| UREA | | |
| CREATININA | | |
| COLESTEROL TOTAL | | |
| HDL | | |
| LDL | | |
| TRIGLICERIDOS | | |
| GOT | | |
| GPT | | |
| GGT | | |
| VDRL | | |
| HIV | | |
| HEPATITIS B | | |
| HEPATITIS C | | |
| ERITROSEDIMENTACIÓN | | |
| ORINA COMPLETA | | |
| GRAVINDEX | | |
| T 4 | | |
| TSH | | |
| TIEMPO DE PROTOMBINA | | |
| GRUPO SANGUINEO Y FACTOR | | |

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

Apellido y Nombre del aspirante:

DNI n°:



POLICIA DE TUCUMÁN

2) Análisis toxicológico para drogas de abuso

| DROGA | NO | SI | OBSERVACIONES |
|-------------------------------|----|----|---------------|
| COCAINA | | | |
| MARIHUANA | | | |
| ANFETAMINA | | | |
| OPIACIDOS | | | |
| BENZODIAZEPINAS | | | |
| METANFETAMINA | | | |
| BARBITURICOS | | | |
| METADONA | | | |
| FENCICLIDINA O POLVO DE ANGEL | | | |
| EXTASIS | | | |
| OTRAS | | | |

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

3) Exámen radiológico

| ESTUDIO | NORMAL | PATOLOGICO | OBSERVACIONES |
|----------------------------------|--------|------------|---------------|
| RX DE TORAX (F) | | | |
| RX DE COLUMNA LUMBOSACRA (F Y P) | | | |
| • ESPINA BÍFIDA | | | |
| • SACRALIZACIÓN | | | |
| • LUMBARIZACIÓN | | | |
| • PINZAMIENTO | | | |
| • OTRO | | | |

ESCOLIOSIS (marque lo que corresponda)

| NORMAL | LEVE (Hasta 20º según el Angulo de Cobb) | MODERADA | GRAVE |
|--------|---|----------|-------|
| | | | |

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

4) Examen cardiovascular

| ESTUDIO | NORMAL | PATOLOGICO | OBSERVACIONES |
|------------------|--------|------------|---------------|
| PRESION ARTERIAL | | | |
| FREC. CARDÍACA | | | |
| ECG | | | |
| ERGOMETRIA | | | |
| OTROS | | | |

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

5) Examen otorrinolaringológico

| ESTUDIO | NORMAL | PATOLÓGICO | OBSERVACIONES |
|-------------|--------|------------|---------------|
| AUDIOMETRÍA | | | |
| RINOSCOPIA | | | |

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

6) Examen neurológico

| ESTUDIO | NORMAL | PATOLÓGICO | OBSERVACIONES |
|----------------------------|--------|------------|---------------|
| EXAMEN NEUROLÓGICO CLINICO | | | |
| OTROS | | | |

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

Apellido y Nombre del aspirante:

DNI n°:



POLICIA DE TUCUMÁN

7) Examen oftalmológico

| ESTUDIO | NORMAL | PATOLOGICO | OBSERVACIONES |
|------------------|------------|------------|---------------|
| AGUDEZA VISUAL | 7/10 O MAS | MENOS 7/10 | |
| • SIN CORRECIÓN | | | |
| • CON CORRECIÓN | | | |
| VISIÓN CROMÁTICA | | | |
| OTROS | | | |

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

CONCLUSIÓN MEDICA INSTITUCIÓN SANITARIA

A partir de la evaluación CLINICA GENERAL se considera que el Aspirante se encuentra:

APTO

NO APTO

OBS:

.....

Motivos de NO incorporación:

.....

.....

SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, ____/____/____
Lugar y fecha

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

INTERVENCIÓN SERVICIO MEDICO POLICIA

A partir de la CONCLUSIÓN MEDICA otorgada por la Institución Sanitaria Publica interviniente y a criterio de este Cuerpo Médico Laboral, se solicita el siguiente examen complementario el cual se realizará nuevamente en el nosocomio interviniente:

.....

.....

De acuerdo al resultado del examen complementario se RATIFICA

RECTIFICA

la CONCLUSIÓN MEDICA otorgándole el:

.....

.....

SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, ____/____/____
Lugar y fecha

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombre del aspirante:

DNI n°: