



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°: