

## ANEXO 2

**Formulario de Examen Psicofísico de Ingreso**

APELLIDO Y NOMBRE		DNI	SEXO
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DOMICILIO ACTUAL		FECHA EXAMEN
LUGARES ANTERIORES DE RESIDENCIA (MAS DE 6 MESES)			TE:

## A ANTECEDENTES PERSONALES

SI	NO	TILDAR CADA ITEM	SI	NO	TILDAR CADA ITEM
		FIEBRE REUMÁTICA			INTERNACIONES
		NEUMOPATIAS			INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
		ASMA			DESMAYOS
		ALERGIAS			AMNESIAS
		OTITIS - SINUSITIS			CONVULSIONES - EPILEPSIA
		ANGINAS A REPETICIÓN			DEPRESIÓN
		DIABETES			IRRITABILIDAD
		INTOL A MEDICAMENTOS			VÉRTIGOS - ZUMBIDOS
		TRAUMATISMOS - HERIDAS			HÁBITOS ALCOHÓLICOS
		TABAQUISMO			EMBARAZOS - ABORTOS
		USO DE DROGAS			ENFERMEDADES VENÉREAS
		HIPERTENSIÓN ARTERIAL			TRASTORNOS GÉNITO URINARIOS
		TRASTORNOS MENSTRUALES			OTROS

## B ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES FAMILIARES

--

## C TRABAJOS ANTERIORES

--

DECLARO QUE LOS DATOS QUE ANTECEDEN DADOS POR MI, SON LA FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD, EN CONSIDERACIÓN A QUE ESTE DOCUMENTO SE SUSCRIBE EN EL ESTRICTO MARCO DE LA INCORPORACIÓN DEL FIRMANTE AL SMV, NORMADO POR LA LEY 24.429 Y REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, POR LO QUE TODO OCULTAMIENTO O FALSA INFORMACIÓN ES PASIBLE DE SANCIÓN (Art 293 DEL CÓDIGO PENAL).

.....  
FIRMA DEL EXAMINADO

BIOMETRIA	1. ALTURA	2. PESO	3. PER TORAC	4. CONTEXTURA FÍSICA	
				DELGADO <input type="checkbox"/>	MEDIANO <input type="checkbox"/>
				PESADO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>
NORM	EXAMEN CLÍNICO			ANORM	NOTAS:
	5. CABEZA-CARA-CUELLO-CABELLO				DESCRIBA CUALQUIER ANORMALIDAD CON DETALLE, ANOTANDO EL NÚMERO DEL PÁRRAFO
	6. TÓRAX Y PULMONES				
	7. CORAZÓN (RITMO-SONIDOS-MEDIDAS)				
	8. SISTEMA VASCULAR (VARICES)				

9. ABDOMEN Y VISCERAS (HERNIAS)		PERTINENTE
10. ANO Y RECTO (HEMORR, FISTUL, ETC)		
11. SISTEMA ENDÓCRINO		
12. SISTEMA GÉNITO-URINARIO		
13. EXTREMIDADES SUPERIORES		
14. EXTREMIDADES INFERIORES		
15. COLUMNA VERTEBRAL		
16. SEÑAS PARTICULARES-TATUAJES-CICATRICES.		
17. PIEL Y LINFÁTICOS		

18. EXAMEN CLÍNICO CARDIOLÓGICO

--

19. PRESIÓN ARTERIAL RECOSTADO	SIS: DIAS:	20. PULSO RECOSTADO	21. E.C.G.
--------------------------------	---------------	---------------------	------------

<p>22. ODONTOGRAMA</p>	<p>23. DEFECTO O ENFERMEDADES BUCODENTALES</p>
------------------------	--

NORMAL	EXAMEN CLINICO	ANORM	NOTAS: DESCRIBA CUALQUIER ANORMALIDAD CON DETALLE ANOTANDO EL NÚMERO DEL PÁRRAFO PERTINENTE.
	24. OJOS - GENERAL		
	25. OFTALMOSCOPIA		
	26. PUPILAS (IGUALDAD Y REACCIÓN)		
	27. MOTILIDAD OCULAR		

28. VISIÓN LEJANA	29. REFRACCIÓN	30. VISIÓN CERCANA	31. HETEROFORIA ACLARAR DISTANCIA	32. VISIÓN CROMÁTICA
OD C/C				
OI C/C				

NORMAL	EXAMEN CLINICO	ANORM	NOTAS: DESCRIBA CUALQUIER ANORMALIDAD CON DETALLE ANOTANDO EL NÚMERO DEL PÁRRAFO PERTINENTE.
	33. NARIZ		
	34. SENOS PARANASALES		
	35. BOCA Y GARGANTA		
	36. OIDOS GENERAL		
	37. TÍMPANOS (PERFORACIÓN)		

38. AUDIOMETRÍA	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
DERECHO								
IZQUIERDO								

39. NEUROLOGIA	40. PSIQUIATRIA
41. TESTS PSICOLÓGICOS	42. E.E.G

--	--

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS – LABORATORIO

43. ORINA: A. DENSIDAD	B. SEDIMENTO	C. ALBUMINURIA	D. GLUCOSURIA	E. EMBARAZO	
44. SANGRE: A. GLUCEMIA	B. UREMIA	C. ERITRO	D. CREATININEMIA	E. URICENIA	
F. TIEMPO DE PROT	G. KPTT	H. GL ROJOS	I. GL BLANCOS	J. HEMOLG	K. HEMAT
L. FORM N	M. E	N. B	O. L	P. M	Q. RECUENTO PLAQUETAS
R. SEROLOGIAS VDRL	HIV (ELISA)	HEPATITIS B (ANTIGENO DE SUP)			
CHAGAS (INMUNO FLUORESCENCIA)		BRUCELOSIS (REACCIÓN DE HUDDLESSON)			

RADIOLOGÍA

45. A. TÓRAX	B. COLUMNA LUMBO-SACRA
46. NOTAS	
CLASIFICACIÓN:	

FECHA:

FIRMA AUTORIDAD MÉDICA

FIRMA DEL POSTULANTE