



MINISTERIO DE JUSTICIA Y TRABAJO
SERVICIO PENITENCIARIO DE CÓRDOBA
DPTO RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN

EXAMEN MÉDICO DE INGRESO

APELLIDO Y NOMBRE:.....

D.N.I: Nº.....

PESO:

Talla:.....

ESPECIALIDAD Firma y Sello	RESULTADO	PROFESIONAL
-------------------------------	-----------	-------------

Odontología.....
.....

Oftamología.....
.....

RX (Columna) Lumbosacra (F Y P)
Funcional.....

Cervical (F y P) Funcional.....

O.R.L. Y Audiometría.....
.....

Respiratorio.....

Espirometría.....

RX (Torax) Frente.....

Cardiovascular.....

T. Art. Max..... T. Art. Min..... Pulso.....

E. C .G.....

Ergometría.....

Observaciones:.....
.....

FIRMA.....

FECHA..... /...../.....

SELLO.....



APELLIDO Y NOMBRE.....

D.N.I: Nº:.....

LABORATORIOS

V.D.R.L.....

Uremia.....

Eritrosedimentación: 1ra hora.....2da hora.....idek.....

Sub. B (HCG).....

Glucemia:.....

Grupo Sanguíneo:

Análisis Toxicológico:.....

CITOLOGICO COMPLETO

Glóbulos Rojos.....HB.....%.....GRS.....hematocrito.....

Valor Globular.....Glóbulos Blancos.....

FORMULA LEUCOCITARIA

Neutrófilos: Segmentados:.....No segmentados.....

Linfocitos.....Monositos.....Eosinofilos.....

Basófilos.....Células Plasmáticas.....

ORINA COMPLETO

Color..... Urea..... Acetona.....

Aspecto..... Fosfato..... Pigmentos Biliares.....

Sedimento..... R.Total..... Urobilina.....

Reacción..... Albúmina..... Indican.....

Densidad..... Glucosa..... Proteínas.....

Cloruros..... Cloruros..... Hemoglobina.....

Sedimento.....

Efectuados en el servicio de:.....

Fecha:../...../.....

Tomo conocimiento que en los análisis que se me han realizado están incluidos los de detección de drogas de abuso: Opiáceos, Morfina, Cocaína, Marihuana y anfetaminas dando mi expresa conformidad para que se realicen los estudios médicos que la autoridad sanitaria requiera necesaria.

FIRMA:
DNI Nº:
ACLARACION:



FORMULARIO MÉDICO - C

MINISTERIO DE JUSTICIA Y TRABAJO
SERVICIO PENITENCIARIO DE CÓRDOBA
DPTO RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN

DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Este cuestionario reviste el carácter de “Declaración jurada” en consecuencia todo ocultamiento o falsa información es causa suficiente para la aplicación de las sanciones previstas en el Art. 293 del Código Penal.

DATOS PERSONALES:

FECHA:		
APELLIDO Y NOMBRE:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
EDAD:	PESO:	TALLA:
LUGAR DE NACIMIENTO:		NACIONALIDAD:
DNI:		
DOMICILIO:		LOCALIDAD:
PROVINCIA:		CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO PARTICULAR:		TELÉFONO CELULAR:
CORREO ELECTRÓNICO:		

FUNDAMENTOS:

La presente Declaración Jurada es complementaria al examen médico de ingreso, que tiene como propósito asegurar que el candidato reúna las condiciones psicofísicas que requerirá como Cadete, sirviendo para evitarle tareas que pudiesen causarle perjuicios para su salud y no sean acordes con su aptitud.

Marque con una cruz en el casillero que corresponda	SÍ	NO	OBSERVACIONES
¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?			
Toma algún tipo de medicación? Cuál/es? Indique el motivo			
¿Recibió o tiene pendiente alguna indemnización por accidente o enfermedad laboral?			
¿Tiene seguro de vida?			Dónde:
¿Le ha sido negado en alguna oportunidad una solicitud de seguro de vida?			Dónde:
¿Fuma? Explicitar cuántos por día.			
¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Cuál y en qué cantidad?			

¿Consumió o consume algún tipo de droga? En caso afirmativo, detalle el nombre, grado de consumo de la misma, si asistió a un Centro de Rehabilitación y todo otro dato de interés.			
¿Realiza alguna dieta en particular? ¿Cuál? Indique la causa por la que realiza dicha dieta			
¿Practica deportes? ¿Cuál/cuáles?			

TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (Marcar con una cruz "X")

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
1 – Nerviosismo o Angustia frecuente			35 – Dolor de pecho			70 – Sangre en orina		
2 – Cambios repentinos de humor			36 – Falta de aire			71 – Disminución y aumentos de peso frecuentes		
3 – Crisis de pánico			37 – Alteraciones de la voz			72 – Acidez / Gastritis – realizó tratamiento?		
4 – Insomnio / falta de sueño			38 – Disfonía			73 – Úlcera Gástrica		
5 – Pesadillas			39 – Amigdalitis a repetición			74 – Vómito de sangre		
6 – Anorexia / Bulimia			40 – Sinusitis ¿Recibió tratamiento?			75 – Sangre en materia fecal		
7 – Depresión			41 – Rinitis alérgica			76 – Diarreas frecuentes		
8 – Mareos o Desmayos			42 – Resfríos a repetición			77 – Ictericia		
9 – Pérdida de Memoria			43 – Supuración de Oídos			78 – Enfermedades duodenales		
10 – Períodos de Ausencia			44 – Sordera o disminución de la audición			79 – Colon irritable		
11 – Dolores de cabeza / cefaleas frecuentes			45 – Vértigos o mareos			80 – Cálculos vesicales		
12 – Convulsiones			46 – Zumbidos de oídos			81 - Hernias		
13 – Neuritis o Neuralgias			47 – Dentadura en mal estado			82 – Cambios en el hábito intestinal		
14 – Traumatismo de cráneo /pérdida de conocimiento			48 – Trastornos alimenticios			83 – Intolerancia alimenticia		
15 – Herpes Zoster			49 – Dificultad al tragar			84 – Hemorroides		
16 – Sífilis			50 – Cansancio no acorde al esfuerzo			85 – Esguinces frecuentes		
17 – Hepatitis			51 – Hinchazón de pies y piernas			86 – Pie plano		

18 – Meningitis		52 - Palpitaciones		87 – Lesiones ligamentarias	
19 – Parotiditis (paperas)		53 - Várices		88 – Dolores de rodilla frecuentes	
20 – Poliomieltis		54 – Tos frecuentes		89 – Dolores de espalda frecuentes	
21 – Enfermedades de transmisión sexual		55 – Expectoración frecuentes		90 – Dolores en cintura o ciática	
22 – Blenorragia		56 – Sangre en esputo		91 – Desviaciones de columna	
23 – Dengue		57 – Sudores nocturnos		92 – Articulaciones dolorosas o hinchadas	
24 – Fiebre reumática		58 – Pérdida de peso reciente		93 – Sufrió accidente de tránsito	
25 – Varicela		59 – Asma		94 – Fracturas	
26 – Brucelosis		60 - Tuvo Asma en la infancia		95 – Luxaciones	
27 – Tuberculosis		61 – Neumotórax		96 – Anemia	
28 – Enfermedades de Chagas		62 – Neumonía		97 – Cáncer o tumores	
29 – Cólera		63 – Pleuresía		98 – Alteraciones en la pigmentación de la piel	
30 – Toxoplasmosis		64 – Bronquitis a repetición		99 – Se realizó transfusiones sanguíneas: Por qué?	
31 – Sarampión		65 – Infecciones urinarias a repetición		100 – Enfermedades alérgicas: Cuáles?	
32 – Enfermedades Cardíacas		66 – Varicocele o Hidrocele		101 – Enfermedades de la piel: Cuáles?	
33 – Elevación de la presión sanguínea		67 – Dificultad para orinar		102 – Alteración de la visión	
34 – Arritmias		68 – Cólico renal / Cálculos renales		103 – Diabetes	
		69 – Glucosa o albúmina en orina		104 – Enfermedad de Tiroides	

En caso de respuesta afirmativa, detallar minuciosamente la enfermedad a la que se refiere, incluir fechas, diagnósticos y tratamientos recibidos.

Es alérgico a algún medicamento, especifique.

Estuvo bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico, especifique:

Estuvo bajo tratamiento por enfermedades de la sangre especifique:

OPERACIONES:

Afecciones	SÍ	NO	Año – Observaciones
Amígdalas			
Apendicitis			
Hernia			
Hemorroides			
Varicocele			
Cirugía traumatológica			
Cirugía endoscópica			
Cirugía oftalmológica			
Uro ginecología			

Antecedentes Hereditarios: marque lo que corresponda

Enfermedad	SI	NO	DESCONOCE
Diabetes			
Hipertensión Arterial			
Enf. Pulmonares			
Enf. Cardiovasculares			
Enf. Digestivas			
Enf. Endocrinas			
Enf. Renal			
Obesidad			
Celíacas			
Otras Enfermedades			

En caso de ser afirmativo especificar grado de parentesco:

SOLO PARA PERSONAL FEMENINO:

ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO	ENFERMEDAD	SÍ	NO
Dolores menstruales			Trastornos menstruales			Ausencia de menstruación		
Abortos terapéuticos o espontáneos			Enfermedades mamarias			Menstruación fuera de ciclo		
Intervenciones quirúrgicas en útero			Intervenciones quirúrgicas en mamas					

Fecha última menstruación	
Fecha último control Ginecológico	
Otras intervenciones en el aparato genital	

Declaro bajo juramento que todas mis respuestas son verdaderas, y faculto a la autoridad correspondiente, a requerir cualquier otro dato que sea de interés a los trámites necesarios, al respecto.

Por este acto tomo conocimiento que en los análisis que se me han de realizado están incluidos los de detección de drogas de abuso: Opiáceos, Morfina, Cocaína, Marihuana y anfetaminas dando mi expresa conformidad para que se realicen los estudios hematológicos, serológicos, radiológicos y otros que la autoridad sanitaria requiera, necesaria para la determinación de aptitud. Asimismo autorizo a que se me administren otras vacunas que por necesidades del régimen del servicio sean necesarias de aplicación.

Firmas:

.....

FIRMA
DNI N°
ACLARACION.

Lugar y fecha:

Firma y Sello:

