

ANEXO N° 02 (Apto Médico)

INSTITUTO MILITAR DE LAS ARMAS Y ESPECIALIDADES

ESCUELA DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DEL PERSONAL SUB ALTERNO DE LAS
ARMAS DEL EJÉRCITO. (Sgto. Francisco de los Santos).**EXAMEN MEDICO DE INGRESO**

NOMBRES:	EDAD
APELLIDO:	SEXO
C.I.:	FECHA NAC. / /
UNIDAD DE ORIGEN:	

INTERROGATORIO**ANTECEDENTES PERSONALES**

	NO	SI		NO	SI		NO	SI
Hipertensión Arterial			Úlcera digestiva			Sífilis		
Arritmias			Gastritis crónica			Portador VIH		
Precordalgia			Hepatitis			Tratam. Psiquiátrico		
Valvulopatías			Hemorroides			Lentes		
Anemia			Hernias			Alcoholismo		
Drogadicción			Várices					
Nefropatías			Diabetes			ANT. FAMILIARES		
Cólico nefrítico			Epilepsias				NO	SI
Asma			Pérdida de conocim.			Hipertensión Arterial		
Bronquitis Crónica			Tics-Tartamudéz			Epilepsia		
Tuberculosis			Rinitis crónica			Diabetes		
Neumotórax			Sinusitis crónica			Asma		
Fumador			Otitis crónica			Otras:		
Alergias								

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS:

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: F.U.M. / / A.C.O.

EMBARAZOS

MENSTRUACIONES

INSTITUTO MILITAR DE LAS ARMAS Y ESPECIALIDADES

ESCUELA DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DEL PERSONAL SUB ALTERNO DE LAS
ARMAS DEL EJÉRCITO. (Sgto. Francisco de los Santos).

EXAMEN CLÍNICO DE INGRESO

Peso:.....Kgs. Talla:.....cm. V.A.T. vence:/...../.....

Piel y mucosas..... Cuello.....

Buco-Faringe.....Linfo-Ganglionar.....

Ap. Respiratorio.....Tórax.....

Auscultación.....

Ap. Cardio-Vascular: 1) C.V.C....Auscultación.....

2) C.V.P. 1) P/A:..... /..... 2) Pulsos Periféricos.....

Ap. Digestivo:

1) Abdomen:.....

2) Fosas Lumbares.....

3) Hernias SI..... NO.....

Ap.Génito-Urinario.....

.....

Sistema Nervioso: 1) Funciones Simbólicas..... 2) Psiquismo.....

3) Sensitivo..... 4) Motor.....

Ósteo Articular.....

.....

Comentarios.....

.....

VACUNADO/A CONTRA COVID 19	SI	NO
(marque con una cruz lo que corresponde)		

HA PRESENTADO SINTOMAS DE COVID 19 EN LOS ULTIMOS 14 DÍAS.	SI	NO
(marque con una cruz lo que corresponde)		

APTO PARA REALIZAR CURSO EN LA E.S.O.E.	SI	NO
(marque con una cruz lo que corresponde)		

El Jefe del Servicio Sanitario.

Dr./a.:
