



DEPARTAMENTO PERSONAL
Chile y San Miguel
☎ (0381) 4321514
S. M. de Tucumán – Tucumán – República Argentina

FICHA EXAMENES MEDICOS - INGRESO 2021

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.

FIRMA: D. N. I. N°:

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 Y C		
ERITROSEDIMENTACIÓN		
ORINA COMPLETA		
GRAVINDEX		
T 4		
TSH		
TIEMPO DE PROTOMBINA		
HbA1c		

.....
FIRMA Y SELLO

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

EXAMEN RADIOLOGICO

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

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN CARDIOVASCULAR

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

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO

ESTUDIO	NORMAL	PATOLÓGICO	OBSERVACIONES
AUDIOMETRÍA			

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN ODONTOLÓGICO

ESTUDIO	NORMAL	PATOLÓGICO	OBSERVACIONES
EXAMEN ODONTOLÓGICO			
ODONTOGRAMA			
EXAMEN TEJIDOS BLANDOS			
EXAMEN TEJIDOS DUROS			
EXAMEN GINGIVO PERIODONTAL			
ARTICULACIÓN TEMPORO MAXILAR			
OTROS			

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

ESTUDIO	NORMAL	PATOLÓGICO	OBSERVACIONES
AGUDEZA VISUAL	8/10 O MAS	MENOS 8/10	
• SIN CORREC.			
VISION CROMÁTICA			
OTROS			

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN NEUROLÓGICO

ESTUDIO	NORMAL	PATOLÓGICO	OBSERVACIONES
EXAMEN NEUROLÓGICO CLINICO (CON ELECTROENCEFALOGRAMA)			
OTROS			

.....
FIRMA Y SELLO

<p>CONCLUSIONES MEDICAS</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">..... FIRMA Y SELLO</p>
--

<p>FORMULARIO</p>	<p>APELLIDO:.....</p> <p>NOMBRE:.....</p> <p>D.N.I. Nº:.....</p> <p>FIRMA DE CONFORMIDAD:.....</p>	<p>CONCLUSIÓN MÉDICA</p> <p>APTO <input type="checkbox"/></p> <p>NO APTO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">..... FIRMA AUTORIDAD</p>
--------------------------	--	--



DEPARTAMENTO PERSONAL
Chile y San Miguel
☎ (0381) 4321514
S. M. de Tucumán – Tucumán – República Argentina

FIGHA MÉDICA - INGRESO 2021

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 (marcar con una x lo que corresponda):

Tilde cada ítem	SI	NO	Tilde cada ítem	SI	NO	Tilde cada ítem	SI	NO
Sarampión			Pleuresía			Apatía/desgano		
Parotiditis			Asma			Irritabilidad		
Rubeola			Rinitis Alérgica			Ansiedad		
Varicela			Otitis			Trast. Sensoriales		
Tos convulsa			Sinusitis			Zumbidos		
Difteria			Amigdalitis			Vértigo – Mareos		
Escarlatina			Dermatitis a repet.			Neuropatías		
Paludismo			Politraumatismos			Cefaleas graves		
Tifoidea			Traum. de cráneo			Sonambulismo		
Sífilis			Fract./luxaciones			Trast. Urinarios		
HIV			Heridas graves			Hipertiroidismo		
Hepatitis B			Desmayos			Hipotiroidismo		
Hepatitis C			Amnesia			Art. Reumatoidea		
Otra ETS			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			Perd. de conciencia		
Palpitaciones			Epilepsia			Anginas		
Dolor de pecho			Convulsiones			Hábitos tóxico		
Migraña			Hepatitis A			• Alcohol		
Gastritis			Fobias o Pánico			• Drogas		
Colon irritable			Depresión			Otros		

INDIQUE SI TIENE LAS SIGUIENTES VACUNAS:

VACUNAS	SI	NO	OBSERVACIONES
Neumococo Conjugada			
Meningococo			
Gripe			
Triple Viral			
Varicela			
Triple Bacteriana			
Hepatitis B			

Intolerancia o alergia a medicamentos (especificar)	SI	NO	
Intervención quirúrgica (especificar causa y año)	SI	NO	
Hábito Tabáquico (especificar edad de comienzo y cantidad de cigarrillos por día)	SI	NO	
Internaciones (especificar causa y año)	SI	NO	
Otras enfermedades (especificar)	SI	NO	
Medicación habitual diaria (específicas)	SI	NO	

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.

LUGAR Y FECHA: _____ . -

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL POSTULANTE



FICHA ODONTOLÓGICA COMPLEMENTARIA - INGRESO 2021

FORM. INSCRIPCIÓN N°:

FICHA ESTOMATOGNÁTICA

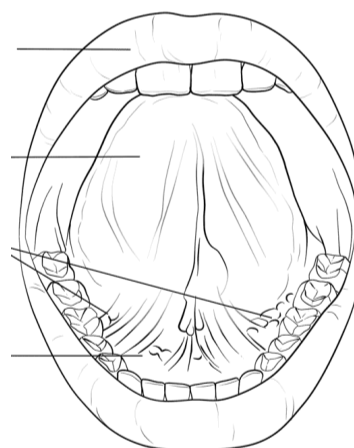
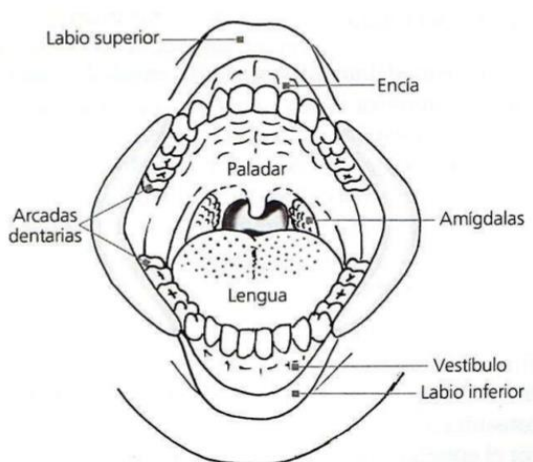
APELLIDO/S Y NOMBRE/S	FECH. NAC	EDAD	DNI N°
DOMICILIO	N°	BARRIO	LOCALIDAD

APELLIDO/S Y NOMBRE/S PADRE	FECH. NAC	EDAD	DNI N°
APELLIDO/S Y NOMBRE/S MADRE	FECH. NAC	EDAD	DNI N°

EXAMEN EXTRAORAL

PERFIL	Cóncavo	Recto	Convexo
TONO MUSCULAR	Normal	Tenso	Flácido
COMISURA	Normal	Ulcerada ...	Presionada
ATM	Dolor articular	Si	No
	Apertura	Si	No
	Cierre	Si	No
Desviación mandibular	Centrica.....	Derecha....	Izquierda.....

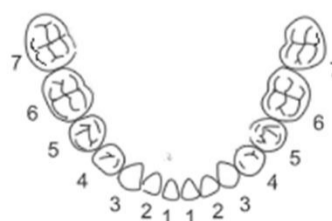
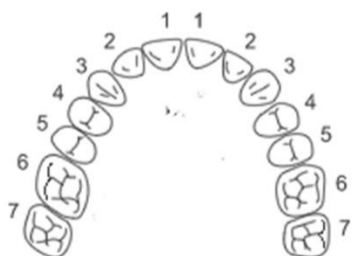
EXAMEN INTRAORAL



TEJIDOS BLANDOS:

MUCOSA	
PALADAR DURO	
PALADAR BLANDO	
LENGUA	
PISO DE BOCA	
ENCIAS	

DIAGRAMA DE PROTESIS REMOVIBLE:



SUP

INF

OBSERVACIÓN:



DEPARTAMENTO PERSONAL
 Chile y San Miguel
 ☎ (0381) 4321514
 S. M. de Tucumán – Tucumán – República Argentina

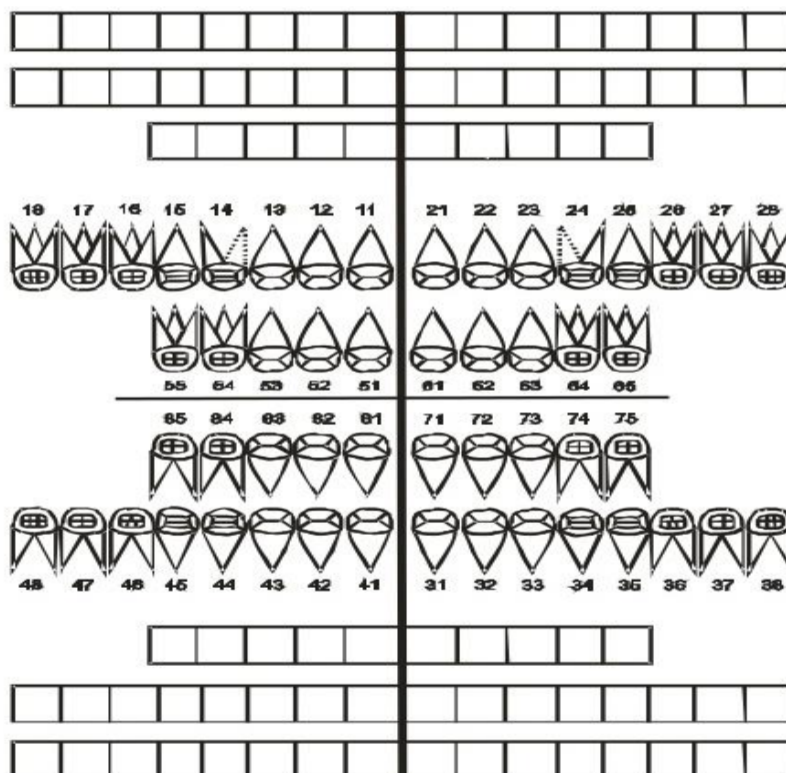
FICHA ODONTOLÓGICA COMPLEMENTARIA-INGRESO 2021

FORM. INSCRIPCIÓN N°:

FICHA ESTOMATOGRÁFICA

APELLIDO/S Y NOMBRE/S	FECH. NAC	EDAD	DNI N°
DOMICILIO	N°	BARRIO	LOCALIDAD
APELLIDO/S Y NOMBRE/S PADRE	FECH. NAC	EDAD	DNI N°
APELLIDO/S Y NOMBRE/S MADRE	FECH. NAC	EDAD	DNI N°

ODONTOGRAMA



ESPECIFICACIONES:.....

Sr/a Profesional, efectúe sus anotaciones con claridad y letras de molde. Lo consignado reviste carácter de documento y se ajusta a lo dispuesto por la Ley 26.812.

SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PROFESIONAL

DIRECCION PROFECIONAL

Para el registro de hallazgos en el Odontograma solo se utilizará los colores rojo y azul.

En los recuadros correspondientes a las piezas dentarias en donde se especifique el tipo de tratamiento se registrará las siglas en **color azul cuando el tratamiento se encuentra en buen estado** y en **color rojo cuando se encuentra en mal estado**. Asimismo, los tratamientos temporales se registrarán de color rojo.

En el rubro de especificaciones se debe explicar, determinar, aclarar con individualidad los hallazgos que no pueden ser registrados gráficamente.