



PLANILLA DE ANTECEDENTES MEDICOS

APELLIDO/S Y NOMBRE/S:			FECHA DE NACIMIENTO...../...../.....					
DNI N°			EDAD:					
DOMICILIO:			LUGAR DE NACIMIENTO:					
HA REALIZADO EJERCICIOS FISICOS EN GIMNASIOS ANTERIORMENTE					SI	NO		
TOMA ALGUN TIPO DE MEDICACIÓN					SI	NO		
CUAL:								
CUESTINARIO PARA SER RESPONDIDO POR EL POSTULANTE Y SUS PROGENITORES								
Indicar si sus padres, hermanos, abuelos o familiares directos, presenta o presentaron algunos de los trastornos enumerados a continuación.								
TUBERCULOSIS	SI	NO	MUERTE REPENTINA	SI	NO			
CANCER	SI	NO	ENFERMEDADES CARDIOLÓGICAS	SI	NO			
LEUCEMIA	SI	NO	PRESIÓN ALTA	SI	NO			
CONVULSIONES	SI	NO	ENFERMEDADES DE RIÑÓN	SI	NO			
PARÁLISIS	SI	NO	REUMA ARTICULAR	SI	NO			
ENFERMEDADES PSIQUICAS	SI	NO	ASMA	SI	NO			
TENDENCIA A SANGRAR	SI	NO	ANEMIA	SI	NO			
FIEBRE PATOLÓ GICA	SI	NO	ALERGIAS	SI	NO			
DIABETES			ENFERMEDADES VÉNEREAS	SI	NO			
ENFERMEDADES NEUROLOGICAS	SI	NO						
SI ALGUNO DE SUS PADRES FALLECIÓ								
PADRE	CAUSA:							
MADRE	CAUSA:							
MENCIONE SI CONOCE OTRA ENFERMEDAD CONGENITA O AL MOMENTO DEL EMBARAZO O HEREDITARIA (De generación en generación) EN LA FLIA.					SI	NO		
CUAL:								
¿SE HA APLICADO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES VACUNAS?								
ANTITETANICA	SI	NO	FECHA:	ANTIHEPATITIS B	SI	NO	FECHA:	
ANTITUBERCULOSA	SI	NO	FECHA:	RUBEOLA	SI	NO	FECHA:	
¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?								
ANEMIA	SI	NO	SECUELAS ARTICULARES	SI	NO	CONVULSIONES	SI	NO
TUBERCULOSIS	SI	NO	RUBEOLA	SI	NO	ULCERA GATRODUODENAL	SI	NO
BRUCELOSIS	SI	NO	PARASITOSIS INTESTINAL	SI	NO	ENF. DE LAS GLANDULAS TIROIDEA	SI	NO
BRONQUITIS A REPETICION	SI	NO	FIEBRE REUMATICA	SI	NO	HEPATITIS	SI	NO
TOS CRONICA	SI	NO	VARICES DE MIEMBROS INFERIORES	SI	NO	HERNIAS	SI	NO
PRESION ARTERIAL ALTA	SI	NO	CONVULCIONES	SI	NO	ENFERMEDADES MENTALES	SI	NO
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	SI	NO	HIDATIDOSIS	SI	NO	MENINGITIS	SI	NO



INSTITUTO SUPERIOR DE SEGURIDAD PUBLICA
"Coronel. JUAN PASCUAL PRINGLES"

ENFERMEDAD DE CHAGAS	SI	NO	ENFERMEDADES DE LA INFANCIA	SI	NO	AHOGOS- FALTA DE AIRE	SI	NO
OTRAS	SI	NO						
SE LE HAN APLICADO SUEROS (ANTIOFIDICOS-ANTITETANICOS, ETC)							SI	NO
FAMILIARES CON ALGUN TIPO DE ENFERM. CRONICA O TRATAMIENTO							SI	NO
CUAL:								
ALERGIA	SI	NO	CUAL/ES:					
DIFICULTADES VISUALES	SI	NO	CUAL/ES:					
TRANSTORNOS AUDITIVOS	SI	NO	CUAL/ES:					
OPERACIONES								
PRESENTA ALGUNA CIRUGIA DONDE SE LE HA APLICADO ALGUNA OSTEOSINTESIS (CLAVO)							SI	NO
DONDE:								
PRESENTA ALGUNA PROTESIS:								
DONDE:								
PRESENTA ALGUN TIPO DE CIRUGIA GENERAL							SI	NO
CUAL:								
USA LENTES DE CONTACTO:							SI	NO

Declaro/amos bajo juramento de Ley, que los datos consignados en la presente FICHA DE ANTECEDENTES MEDICOS, son fiel reflejo de la verdad, y que no padezco ninguna patología o impedimento que no me permita desarrollar con total normalidad las pruebas físicas y/o atléticas que componen el examen de admisión y/o las actividades del mismo carácter que integran la caja curricular de la "Tecnatura Superior en Seguridad Pública", para la que deseo ser admitido bajo mi/nuestra total responsabilidad. Caso contrario el Instituto formativo podría iniciarme las actuaciones Administrativas y/o judiciales pertinentes en virtud a lo previsto en el Art. 293 del Código Penal Argentino. El que versa "será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que insertare o hiciere insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio".

(a)

Firma y aclaración del padre, madre o tutor

(Solo en caso de menores de edad)

(b).....

Firma y aclaración de postulante

(En todos los casos)

CERTIFICO: Que la/s firmas que antecede/n fue/ron puesta/s en mi presencia y corresponde/n:

(a).....DNI N°.....

(b).....DNI N°.....

Lugar:.....fecha:...../...../.....

Sello de Dependencia

.....

Firma y sello de Autoridad Policial

CONSTE: Que he tomado conocimiento de los presentes antecedentes médicos. FECHA...../...../.....

.....

Firma del Médico del ISSP
s/a