

# ANEXO III

Hoja 1

## SOLICITUD DE EXAMEN

CÓDIGO					

DATOS PERSONALES	APELLIDO y NOMBRES					
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
	TIPO	NUMERO		AUTORIDAD QUE LO EXPIDIÓ		
	NACIMIENTO			NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	
	LUGAR	Día	Mes	Año		
	DOMICILIO					
	CALLE		NUMERO		LOCALIDAD	
	SERVICIO MILITAR					
	Cumplido	SI	NO	CAUSALES DE EXIMICION		

DATOS LABORALES	MINISTERIO:						
	REPARTICION:						
	TAREAS QUE REALIZA:						
				Cate- goría	INGRESO		
					Día	Mes	Año

OTROS ANTECEDENTES LABORALES	

LUGAR		Día	Mes	Año
-------	--	-----	-----	-----

.....  
Firma del Agente

Sello

.....  
Firma del Jefe de Personal  
de la Repartición

EXAMEN MEDICO	Día	Mes	Año	C O D I G O							

ANTECEDENTES PERSONALES	HA PADECIDO O PADECE DE:			
		SI	NO	
	Fiebre Reumática			Cefaleas
	Pneumonía			Dermopatías
Bronconeumonía			Defectos Físicos	
Pleuritis			Anginas	
Asma			Traumatismos o Heridas	
Ótitis a Repetición			Internación y Tratamiento	
Otitis Singulares			Intervenciones Quirúrgicas	
Irritabilidad			Pérdidas de Conocimiento	
Vértigos			Alonías	
Zumbidos			Epilepsia	
Dolor Lumbar			Convulsiones	
Dolor Precordial			Depresión	
Dolor Cervical			Dismenorrea	
			Intolerancia de medicamentos	
	Cont.		BEBE	
Embarazos			FUMA	
Amenazas de Aborto				
Abortos			MESTRUACIONES	
Hijos			Inicial	Ritmo
			Años	/
Describir someramente los ítems alternativos consignando también todo otro dato de interés				

ANTECEDENTES FAMILIARES	

Declaro bajo juramento, que los datos por mí consignados son fiel expresión de la verdad, que no he incluido en omisión, ocultamiento o tergiversación de los mismos, quedando notificada en este acto que cualquiera de las situaciones antes mencionadas me hará pasible de las acciones legales que corresponden, previstas en el Código Penal, por lo que prescribo mi firma de conformidad.

Firma del Empleado

Provincia de Santa Fe

Poder Ejecutivo

ANEXO III  
Hoja 3

		CODIGO				
O C I S I O N E S E N E	1 - HABITO		2 - ASPECTO			
			Bueno			
			Regular			
			Malo			
	3 - PESO	4 - TALLA		5 - TEMPERATURA		
	6 - CABEZA					
	7 - CUELLO					
	8 - TORAX					
	9 - APARATO RESPIRATORIO					
	10 - APARATO CIRCULATORIO - CORAZON					
	Examen Clinico: Presión Arterial Mx. Mn. Pulso					
	11 - SISTEMA VASCULAR PERIFERICO					
12 - ABDOMEN APARATO DIGESTIVO						

CODIGO  
| | | | | | | |

EXAMEN FISICO (CONTINUAC.)	13 - APARATO URINARIO Y GENITAL
	14 - SISTEMA NERVIOSO
	15 - SISTEMA OSTEO-ARTICULAR

EXAMENES COMPLEMENTARIOS	16 - HEMOGRAMA		17 FORMULA LEUCOCITARIA	
	Globulos Rojos por MMC		Neutrofilos	%
	Globulos Blancos por MMC		Basófilos	%
	Hemoglobina	%	Eosinófilos	%
	Hematocrito	%	Linfocitos	%
	Valor Globular		Monócitos	%
	Plaquetas		18 - Uremia	%
	19 - Glucemia		20 - Uricemia	21 - Colesterolemia
	22 - Lípidos Totales	23 - Eritrocritamentación	1 H -	2 H -
	24 - Hepatograma			
	25 - Triglicéidos			
	REACCIONES SEROLÓGICAS			
	26 - VDRL			
	27 - Ruddleesson			
	28 - Machado Guerreiro			
29 - Vidal				
30 - Orina				

CODIGO									

EXAMENES COMPLEMENTARIOS (Continuación)	31 - MATERIA FECAL			
32 - ELECTROCARDIOGR.				
Día	Mes	Año		
33 - ELECTROENCEFALOG.				
Día	Mes	Año		
34 - RX COLUMNA				
Día	Mes	Año		
35 - RX. TORAX				
Día	Mes	Año		
36 - REACCION MANTOUX				
Día	Mes	Año		
37 - B.C.G.				
Día	Mes	Año		
38 - TEST PSICOLOGICO				
Día	Mes	Año		
39 - OTROS				
Día	Mes	Año		

INFORMES	40 - TRAUMATOLOGIA			

		C O D I G O									
INFORMES (continuación)	41 - SIQUIATRA										
	42 - CARDIOLOGIA										
	43 - OTORRINOLARINGOLO.										
	44 - AUDIOMETRIA										
	45 - FONIATRIA										
	46 - OFTALMOLOGIA	EXAMEN CLINICO:									
	VISION LEJANA:	VISION CERCAÑA:									
	CAMPO VISUAL:										
	FONDO DE OJO:										
	47 - NEUROLOGIA										
	48 - ODONTOLOGIA										

NOTA Describa cualquier anomalía con detalle. Anotando el número de parámetro pertinente. Use hojas adicionales si fuera necesario.

Provincia de Santa Fe

Poder Ejecutivo

ANEXO III  
Hoja 7

--	--	--	--	--	--	--	--

CONCLUSIONES DEFINITIVAS DE LA JUNTA DE INGRESO				
Apto Absoluto	Apto Relativo	Apto Condicional	Inapto	

CONSIDERACIONES DE LA JUNTA RESPECTO AL ENCUADRAMIENTO	

NOTIFICACION DEL DICTAMEN									
En el día de la fecha, me notifico del Dictamen de la Junta de Ingreso, recibiendo copia del mismo									
Día	Mes	Año							
Numero de Documento									
Firma Aclarada									

COMUNICACION A LA OFICINA CORRESPONDIENTE			Día	Mes	Año