



LICEO NAVAL MILITAR "ALMIRANTE GUILLERMO BROWN"

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA ADJUNTA A LA FICHA PSICOFÍSICA

DOCUMENTACIÓN MÉDICA

1. Planilla de Examen de Aptitud Psicofísica para el ingreso (firmada por MÉDICO DE CABECERA).
2. Ficha de anamnesis auto-administrada.
3. Análisis de rutina: Hemograma completo, grupo sanguíneo, eritrosedimentación, urea, creatinina, glucemia, hepatograma, orina completa.
4. Radiografía de tórax: Frente y perfil, con informe médico.
5. Electrocardiograma con informe médico (**debe decir "puede realizar actividad física competitiva y de resistencia"**).
6. Ergometría con informe médico.
7. Certificado buco-dental.
8. Audiometría informada.
9. Evaluación oftalmológica. Visión cromática.
10. Informe Psicopedagógico.
11. Fotocopia del Certificado de vacunación (Hepatitis B, Triple viral (SRP), Triple Bacteriana (dTpa), VPH (sólo niñas).
12. Fotocopia del carnet de la obra social o prepaga, en caso de poseerlo.

OBSERVACIONES: La documentación solicitada, podrá ser presentada hasta el día 20 de noviembre, sin excepción. De lo contrario, se anulará la inscripción de su hija/o.

.....
Firma y aclaración del Padre y Madre
Tomado conocimiento



LICEO NAVAL MILITAR "ALMIRANTE GUILLERMO BROWN"

FICHA DE ANAMNESIS AUTO-ADMINISTRADA

1. Datos personales

Número de historia clínica

Apellido y nombres del Aspirante:

Fecha de nacimiento...../...../..... Edad años Sexo: Masc. Fem.

Domicilio Localidad Tel

Actividad física o deporte que practica

Antigüedad en esta actividad a) meses b) años

Institución donde realiza la misma

2. Antecedentes personales fisiológicos (marcar el casillero correspondiente)

Embarazo normalSI NO

2.1. Parto normal SI NO

2.2. Parto por cesárea SI NO

2.3. Nacido a término (9 meses de embarazo) SI NO

2.4. Caminó entre los 9 y 15 meses SI NO

2.5. Dejó de usar pañales a los.....años

2.6. Escolaridad normal SI NO

2.7. Vivienda rural SI NO

urbana SI NO

casa SI NO

departamento SI NO

2.8. En las niñas, edad de la menarca (1ª menstruación) a) años..... b) meses

2.9. Vacunas:

BCG SI NO

Sabín SI NO

Triple (DPT) SI NO

Doble (DT) SI NO



LICEO NAVAL MILITAR “ALMIRANTE GUILLERMO BROWN”

- Antitetánica SI NO
- Antisarampionosa SI NO
- Triple viral SI NO
- Varicela SI NO
- HIB (Vacuna contra el Haemophilus influenzae tipo B) SI NO
- Anti – hepatitis A SI NO
- Anti – hepatitis B SI NO
- VPH (sólo niñas)..... SI NO

Otras (anotar nombre y cantidad de dosis)

.....

Anotar si alguna vacuna no se completó

.....

3. Antecedentes personales patológicos (enfermedades padecidas)

Marcar el casillero correspondiente

3.1. Enfermedades de la infancia:

- Sarampión SI NO
- Rubéola SI NO
- Varicela SI NO
- Paperas SI NO
- Escarlatina SI NO
- Hepatitis SI NO
- Fiebre reumática SI NO
- Glomerulonefritis SI NO

Otras, especificar:

.....

.....

3.2. Enfermedades crónicas:

- Diabetes SI NO
- Asma..... SI NO
- Enfermedades renales..... SI NO
- Enfermedades de la sangre SI NO
- Enfermedades reumáticas SI NO



LICEO NAVAL MILITAR “ALMIRANTE GUILLERMO BROWN”

- Lupus eritematoso SI NO
- Obesidad SI NO

3.3. Enfermedades del corazón:

- Cardiopatías congénitas (de nacimiento)SI NO
- Hipertensión arterial (tensión alta) SI NO
- Soplos SI NO
- Arritmias SI NO
- Mareos o desmayos al hacer ejercicios SI NO
- Dolor en el pecho SI NO

3.4. Enfermedades respiratorias:

- Sinusitis SI NO
- Otitis a repetición SI NO
- Bronquitis a repetición SI NO
- Neumonía SI NO
- Derrame pleural SI NO
- Neumotórax SI NO

3.5. Enfermedades de los huesos, músculos y articulaciones:

- Desgarros musculares SI NO
- Esguinces SI NO
- Roturas de ligamentos SI NO
- Fracturas SI NO

(Especificar tipo y localización, tiempo de inactividad y si hubo o no rehabilitación)

.....
.....

Cirugías (especificar tipo y localización) **Marcar el casillero correspondiente**
.....

Problemas en la columna (escoliosis o lordosis, etc.) SI NO

Problemas con los pies (pie plano, cavo, etc.) SI NO

3.6. Enfermedades del sistema nervioso:

- Mareos en reposo SI NO
- Desmayos en reposo SI NO
- Convulsiones SI NO
- Convulsiones después del ejercicio SI NO
- Traumatismo de cráneo con internación SI NO



LICEO NAVAL MILITAR “ALMIRANTE GUILLERMO BROWN”

3.7. Enfermedades del aparato digestivo:

- Diarrea crónica SI NO
- Gastritis SI NO
- Úlceras SI NO
- Parásitos SI NO
- Otras, especificar:

3.8. Enfermedades de la piel

- ¿Usa prótesis dentales? SI NO
- ¿Usa aparatos de ortodoncia? SI NO

3.10. Enfermedades de los ojos:

- ¿Usa anteojos? SI NO
- ¿Usa lentes de contacto? SI NO

3.11. Alergia (especificar) medicamentos, alimentos, picaduras de insectos

- 3.12. ¿Está tomando medicamentos? SI NO
- Especificar nombres:

- 3.13. ¿Ha estado internado alguna vez? SI NO
- Especificar, en caso afirmativo:

- 3.14. ¿Ha sido operado? SI NO
- Especificar causas, en caso afirmativo:

4. Antecedentes hereditarios (padre, madre, abuelos, tíos) Marcar el casillero correspondiente

- 4.1. Enfermedades del corazón SI NO
- 4.2. Antecedente familiar por muerte súbita, en menores de 50 años (sin causa aparente) SI NO



LICEO NAVAL MILITAR "ALMIRANTE GUILLERMO BROWN"

4.3. Hipertensión arterial SI NO

4.4. Asma bronquial SI NO

4.5. Enfermedades metabólicas:

Diabetes SI NO

Obesidad SI NO

Colesterol SI NO

Otras, especificar:

.....

4.6. Enfermedades alérgicas SI NO

4.7. Enfermedades de la sangre:

Anemia SI NO

Hemofilia SI NO

Leucemia SI NO

4.8. Enfermedades del Sistema nervioso:

Convulsiones SI NO

Epilepsia..... SI NO

.....
Firma de los padres o tutores

.....
Aclaración de la firma



LICEO NAVAL MILITAR "ALMIRANTE GUILLERMO BROWN"

EXAMEN DE APTITUD PSICOFÍSICA PARA EL INGRESO

NOTA: TODOS LOS CASILLEROS DEBEN ESTAR FIRMADOS Y SELLADOS POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE DICHO EXAMEN. AL FINAL, DEBE ESTAR FIRMADO Y SELLADO POR EL MÉDICO DE CABECERA DEL ASPIRANTE.

Apellido/s y Nombres:

.....DNI.....

1. EXAMEN CLÍNICO:

PESO: EDAD: TALLA:

PESO SOBRE LO NORMAL: PESO BAJO LO NORMAL:

Observaciones:

2. OBSERVACIONES CLÍNICAS

SI/NO

CICATRIZ	ESTRABISMO.....
Genu varo/valgo.....	Todos los dedos..... Pies
Planos	Cicatrices.....
Varicocele	Epis/hipospadias.....
Hemorroides.....	Tartamudez.....
QDSC.....	Sibilancias.....
Columna Desviada.....	Tatuajes.....
Soplos Cardíacos.....	Nariz Desviada.....
Várices.....	Alergia.....
Arritmias.....	Cefaleas.....
Hernias.....	Operaciones.....
	Otras.....

3. EXAMEN DE OFTALMOLOGÍA:

O.D.: O.I.:

VISIÓN CROMÁTICA:

Observaciones:

4. ELECTROCARDIOGRAMA (con Informe Médico):

APTO - INEPTO (Tachar lo que no corresponda)

Observaciones:

5. ERGOMETRÍA (con Informe Médico):

APTO - INEPTO (Tachar lo que no corresponda)

Observaciones:.....



LICEO NAVAL MILITAR "ALMIRANTE GUILLERMO BROWN"

6. ODONTOLOGÍA:

APTO - INEPTO (Tachar lo que no corresponda)

OBSERVACIONES:

7. CATASTRO (RADIOGRAFÍA DE TÓRAX CON INFORME)

APTO - INEPTO (Tachar lo que no corresponda)

OBSERVACIONES:

8. AUDIOMETRÍA:

Pérdida Estimada:

OD.....% APTO - INEPTO (Tachar lo que no corresponda)
OI.....%
BA.....%

OBSERVACIONES:

9. LABORATORIO:

Grupo sanguíneo: A B AB 0 FACTOR Rh - +

APTO - INEPTO (Tachar lo que no corresponda)

OBSERVACIONES:



LICEO NAVAL MILITAR "ALMIRANTE GUILLERMO BROWN"

10. **INFORME FINAL:**

APTO - **INEPTO**

(Tachar lo que no corresponda)

Lugar y fecha:

.....
FIRMA Y SELLO ACLARACIÓN

Tomado conocimiento:

.....
Firma y Sello aclaración
Jefe Sanidad / Jefe Servicio Aptitud

OBSERVACIONES: