

PROGRAMA DE COOPERACION INTERNACIONAL
PARA POLICIAS UNIFORMADAS

FICHA MÉDICA DEL POSTULANTE

I.- ANTECEDENTES PERSONALES:

- 1) Nombre: _____
2) Edad: _____
3) Estado Civil: _____
4) Grupo Sanguíneo: _____

II.- ANTECEDENTES CLÍNICOS:

1) Enfermedades:

Epilepsia	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Varicela	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Sarampión	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Tifoidea	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
TBC	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

Especificar otras

2) Intervenciones quirúrgicas:

SI NO

Especifique:

3) ¿Ha sufrido algún T.E.C.?

SI NO

Si su respuesta es sí especifique:

4) Alergias (especifique):

A medicamentos	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
A alimentos	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Otras	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

5) Hábitos

FUMAR SI NO OCASIONAL MODERADO
BEBER SI NO OCASIONAL MODERADO

III.- EXAMEN FÍSICO:

1) Examen físico general:

Actitud y Deambulaci3n NORMAL ANORMAL

Grado de conciencia y estado emocional al examen NORMAL ANORMAL

Estado Nutritivo: Peso _____/Kgs, Estatura _____/mts, IMC _____ Kgr/mt²

Signos Vitales: Pulso _____/min, Respiraci3n _____/min, Temperatura _____/°C

Presi3n arterial sist3lica _____/mmHg, diast3lica _____/mmHg

2) Examen físico segmentario:

Cabeza:

Cráneo

Cara	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Ojos	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Boca	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Faringe	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Amígdalas	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Mucosas	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Pabellones auriculares	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Nariz	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Cuello, simetría	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Adenopatías	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Tiroides	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
T3rax, simetría	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Examen mamario	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Examen pulmonar	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Examen cardiaco	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Abdomen	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Genitales masculinos	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Genitales femeninos	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL
Extremidades, simetría	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL

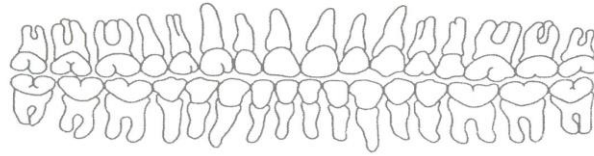
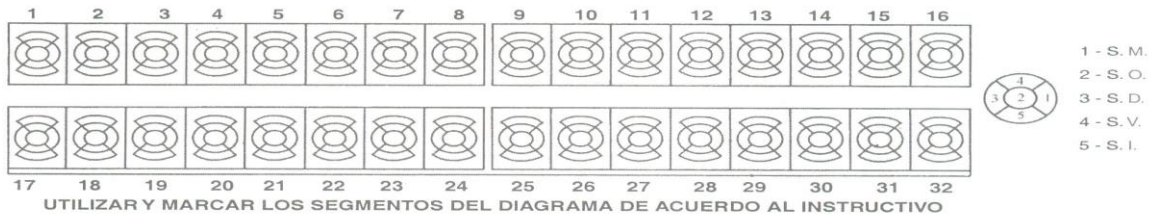
3) Examen físico de especialidad

a) Odontología

EXAMEN EXTRAORAL Alteraciones A.T.M. SI NO
 Deformaciones Ext. SI NO

EXAMEN INTRAORAL Alteraciones labio SI NO Paladar SI NO
 Piso de la boca SI NO Lengua SI NO
 Mucosa vestibular SI NO Mucosa G. SI NO
 Frenillo SI NO Malocclus. SI NO

HIGIENE BUCAL, BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____



PERIDONCIA MATERIA SANA SI NO

GINGIVITIS SI NO

TARTARO SI NO

(periodonciopatía notoria marque en el diagrama con azul el margen gingival y con rojo el margen óseo.)

Examen Odontológico General _____ APTO _____ NO APTO

b) Traumatología:

Columna	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL (Escoliosis, hiperxifosis, espondilolisis, patologías congénitas, otros)
Extremidad superior	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL (Patologías congénitas, secuelas de patologías traumáticas, otros)
Pélvis	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL (secuela displasia de cadera, punzamiento femoroacetabular, pelvispondilopatías, otros)
Extremidad inferior	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL (Genu varo, genu valgum, dismetrias >5mm, pie plano, pie cavo, hallus valgus, otros)

Otros, describir: _____

Examen Traumatológico _____ APTO _____ NO APTO

c) Oftalmología:

V.D.D: S/corrección NORMAL ANORMAL C/corrección NORMAL ANORMAL

V.D.I.: S/corrección NORMAL ANORMAL C/corrección NORMAL ANORMAL

C.TEST PL NORMAL ANORMAL

V. DE COLOR NORMAL ANORMAL

CONVERG. NORMAL ANORMAL

P.C. NORMAL ANORMAL

ESTEREOPSIS NORMAL ANORMAL

MOTIL NORMAL ANORMAL

HIRSEMBERG NORMAL ANORMAL

Instrucciones:

- a.- Agudeza visual sin corrección igual o superior a 0,6 (20/30) en el mejor ojo y 0,4 (20/50) en el otro. En caso de requerir lentes, agudeza visual con corrección, debe ser igual o superior a 0,8 en el mejor ojo y 0,6 en el contralateral. La corrección óptica no debe ser mayor a 2 (dos) Dioptrías esféricas con hasta 2 (dos) Dioptrías cilíndricas (en anotación esfero/cilíndrica con cilindro negativo).
- b.- En caso de requerir corrección óptica, el uso de lentes correctores será obligatoria.
- c.- La Visión de Colores se debe explorar utilizando el test de Ishihara con 14 placas. Se señalan las placas correctamente vistas, debe ser normal, 0 fallas, 14/14.
- d.- La Estereopsis o Visión de Profundidad, se debe explorar mediante el Test de Titmus E o Test de la Mosca o similar, debiendo registrarse el Rombo más alto que detectó el objeto estereoscópico. NORMAL, es ver hasta rombo 7 o mejor, es decir estereopsis de 60 segundos o mejor.
- d.- No puede padecer de patologías crónicas o de carácter evolutivo alguno.

Examen Oftalmológico _____ APTO _____ NO APTO

d) Otorrinolaringología:

Examen físico: Oídos NORMAL ANORMAL
 Nariz NORMAL ANORMAL
 garganta NORMAL ANORMAL

Audiometría: NORMAL ANORMAL

Instrucciones:

- El resultado del examen de la especialidad deberá ser normal y complementando con audiometría. En esta última no deberá haber pérdida auditiva significativa, la cual se deberá regir por el Esquema Audiométrico de audición mínima requerida, que señala:*
- *En las frecuencias 128 - 256 hasta 25 decibeles.*
 - *En las frecuencias 512 - 1024 - 2048 hasta 20 decibeles.*
 - *En las frecuencias 3000 - 4096 – 6000 – 8192 hasta 30 decibeles.*

Examen Otorrinológico _____ APTO _____ NO APTO

IV.- EXÁMENES OBLIGATORIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO:

EXAMEN	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES
Hemograma			
VHS			
Perfil Lipídico			
Perfil Bioquímico			
Insulina Basal			
Perfil Hepático			
T 4 libre			
TSH			
Creatininemia			
Orina Completa			
RPR			
VIH			
Antígenos de superficie Hepatitis B			

Antígenos de superficie Hepatitis C			
Panel detección de drogas			
Rx Tórax (AP y Lat)			
Ecotomografía abdominal			
Ecotomografía testicular			
Rx. Columna Ap/Lat de pie con medición de ang. Cobb.			
Rx.Bitewing bilateral			
Rx. panorámica			
Electrocardiograma basal			
Audiometría			

Evaluación de exámenes obligatorios _____ APTO _____ NO APTO

V.- VACUNAS OBLIGATORIAS:

Vacuna contra Hepatitis A y B		SI		NO
Vacuna contra Tétanos		SI		NO
Vacuna contra Fiebre Amarilla		SI		NO
Vacuna contra Fiebre tifoidea		SI		NO
Vacuna contra Sarampión		SI		NO
Vacuna contra Meningitis meningocócica		SI		NO

Evaluación de vacunas obligatorias _____ APTO _____ NO APTO

VI.- CONCLUSIÓN:

El _____

Es apto de salud para postular a una Beca de Estudios en el extranjero.

En _____, a _____ de _____ de _____

Nombre, apellidos y firma del facultativo médico