

ANEXO II REQUERIMIENTOS EXAMEN MÉDICO CERTIFICADO
HABILITANTE PERSONAL SSEI

FORMATO

PARTE I: DEBE SER COMPLETADA POR EL INTERESADO

1) DATOS PERSONALES

Completar la siguiente información:

- 1.1 Apellido y nombre:
- 1.2 Fecha de Nacimiento:
- 1.3 DNI:
- 1.4 Edad:
- 1.5 Dirección Regional (si aplica):
- 1.6 Aeropuerto (si aplica):
- 1.7 Función Asignada (si aplica):
- 1.8 Años en servicio (si aplica):

2) ANTECEDENTES PERSONALES

Padece ó ha padecido alguna de las siguientes:

ENFERMEDADES:

2.1	Diabetes	SI	NO
2.2	Hipertensión	SI	NO
2.3	Dislipemias	SI	NO
2.4	EPOC	SI	NO
2.5	Asma	SI	NO
2.6	Epilepsia	SI	NO
2.7	Infarto de miocardio	SI	NO
2.8	Enfermedad cerebro vascular	SI	NO
2.9	Fracturas	SI	NO

OTRAS ENFERMEDADES:

2.10 Cirugías: SI NO

Si su respuesta fue **SI** indicar cuál y la fecha correspondiente:

2.11 ¿Usa lentes para corrección óptica? SI NO

2.12 ¿Toma alguna medicación actualmente? SI NO

Si su respuesta fue **SI** indicar aclarar cuál y dosis:

2.13 ¿Fuma? SI NO

Si su respuesta fue **SI** indicar qué cantidad diariamente.

2.14 ¿Consume alcohol? SI NO

Si su respuesta fue **SI** indicar con qué frecuencia y cantidad

2.15 ¿Realiza actividad física? SI NO

Si su respuesta fue **SI** qué tipo de actividad realiza y con qué frecuencia:

2.16 ¿Consume sustancias psicoactivas ilícitas? SI NO

Si su respuesta fue **SI** indicar cual

Firma

Aclaración

DNI

Lugar y fecha

3. DECLARACIÓN

Declaro bajo juramento que las manifestaciones y datos vertidos en la presente son veraces, no habiéndose omitido ningún tipo de información relevante. Su falsificación y adulteración constituyen delitos previstos y penados por el Código Penal de la Nación (art. 292, 293 y concordantes Código Penal)

PARTE II: DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO EXAMINADOR

1. DATOS BIOMETRICOS

1.1 Altura (metros)

1.2 Peso (kilos):

1.3 Color de ojos:

- 1.4 Color de pelo:
 1.5 Grupo Sanguíneo y Factor:

2. INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

VACUNAS

- | | | | |
|---|---|----|----|
| 2.1 | Calendario de vacunación
Aclaración si aplica: | SI | NO |
| 2.2 | Medicación Actual | SI | NO |
| Si su respuesta fue SI detallar: | | | |
| 2.3 | Alergias Medicamentosas: | SI | NO |
| 2.4 | Otras alergias: | SI | NO |
| 2.5 | Cicatrices, tatuajes y/o señas particulares | SI | NO |

OBSERVACIONES:
 (Si aplica)

3. EXAMEN CLÍNICO

- | | | | | |
|------|---|---------------|------------|------------|
| 3.1 | Signos vitales: | | | |
| 3.2 | Tensión Arterial: | | | |
| | Sist: | Diast: | Fc: | Fr: |
| 3.3 | Cabeza, cara y cuello: | | | |
| 3.4 | Nariz, garganta y oído | | | |
| 3.5 | Audición (Audición de voz susurrada a tres metros de distancia a espaldas del examinador) | | | |
| 3.6 | Ojos (movimientos oculares, pupilas y agudeza visual) | | | |
| 3.7 | Visión cromática (Tablas pseudoisocromática de ISHIHARA) | | | |
| 3.8 | Tórax | | | |
| 3.9 | Abdomen | | | |
| 3.10 | Miembros | | | |
| 3.11 | Columna vertebral | | | |
| 3.12 | Pulsos Periféricos | | | |
| 3.13 | Auscultación cardiaca: | R1 | R2 | |

3.14 Aparato respiratorio:

3.15 Examen neurológico:

OBSERVACIONES:

(Si aplica)

4. LABORATORIO DE RUTINA

- 4.1 Hemograma
- 4.2 Glucemia
- 4.3 Uremia
- 4.4 Creatinina
- 4.5 Uricemia
- 4.6 Ionograma
- 4.7 Hepatograma
- 4.8 Colesterol HDL
- 4.9 Colesterol LDL
- 4.10 Triglicéridos
- 4.11 Eritrosedimentación y orina completa.

OBSERVACIONES:

(Si aplica)

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- 4.12 Electrocardiograma de reposo
- 4.13 Ecodopler Vasos de Cuello (Aplica para primer examen y mayor de 50 años)
- 4.14 Ecoestrés (Aplica para primer examen y mayor de 50 años).
- 4.15 Rx de torác (Aplica para primer examen y mayor de 50 años y cuando a criterio del médico examinador corresponda)

OBSERVACIONES:

(Si aplica)

5. SI EL INTERESADO ES FEMENINO

- 5.1 FUM
- 5.2 Antecedentes obstétricos
- 5.3 Antecedentes ginecológicos

OBSERVACIONES:

(Si aplica)

Se deja constancia que el/la interesado/a, _____ identificado/a con DNI No. _____ se encuentra APTO / NO APTO (tachar lo que no corresponda) para realizar actividad física de acuerdo a los criterio enunciados en el presente examen.

Sello y firma del Médico

Lugar y fecha

En el caso de NO ser APTO, indicar el/los tratamiento/s a seguir y/o derive al especialista que corresponda.

6. DECLARACIÓN

Declaro que he examinado al solicitante arriba mencionado y que los datos vertidos en la presente son un fiel reflejo del examen realizado y de los estudios adjuntos.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO II REQUERIMIENTOS EXAMEN MÉDICO CERTIFICADO HABILITANTE
PERSONAL SSEI

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 5 pagina/s.