

**EXAMEN MÉDICO**

Apellido/s

Nombre/s:

D.N.I. Nro:

Edad:  Sexo: M  F

***Los exámenes podrán ser realizados en Instituciones oficiales y/o privadas. Cada profesional en el área de salud correspondiente deberá certificar que el ingresante se encuentra en buen estado de salud***

**1. Exámenes serológicos:**

Hemograma Completo: Normal ( ) Anormal ( )	<b>Firma y Sello Aclaratorio</b>
Glucemia: Normal ( ) Anormal ( )	
Uremia: Normal ( ) Anormal ( )	
Creatinina: Normal ( ) Anormal ( )	
Orina Completa: Normal ( ) Anormal ( )	

**2. Aparato respiratorio.**

RX de Tórax. Normal ( ) Anormal ( )	<b>Firma Y Sello Aclaratorio</b>
Aclaraciones en el caso de algunas anomalías	

**4. Aparato cardiovascular.**

Electrocardiograma:      Normal ( ) Anormal ( )	<b>Firma y sello aclaratorio</b>
Aclaraciones en el caso de alguna anomalía congénita o adquirida	

### 5. Examen buco dental.

Normal ( ) Anormal ( )	<b>Firma y sello aclaratorio</b>
Aclaraciones en el caso de alguna anomalía.	

### 6. Examen O.R.L.

Normal ( ) Anormal ( )	<b>Firma y sello aclaratorio</b>
Aclaraciones en el caso de alguna anomalía.	

### 7. Examen oftalmológico

Normal ( ) Anormal ( )	<b>Firma y sello aclaratorio</b>
Aclaraciones en el caso de alguna anomalía.	

**8. Examen clínico general:**
**Talla:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_

Normal ( ) Anormal ( )	<b>Firma y sello aclaratorio</b>
Aclaraciones en el caso de alguna anomalía.	

**9. Examen Psicológico:**

Normal ( ) Anormal ( )	<b>Firma y sello aclaratorio</b>
Aclaraciones en el caso de alguna anomalía.	

**10. Vacunas (en caso de no contar con las mismas deberá aplicárselas)**

Vacunas	SI	NO
Hapatitis "B"		
Hepatitis "C"		
Doble Adultos (Difteria y Tétano)		
Triple Viral (Sarampión, Paperas y Rubeola)		
B.C.G.		
Haemophilus Influenzae		

*Informe a las certificaciones precedentes efectuadas por los respectivos especialistas (y/o junta médica) se resuelve: otorgar el APTO – NO otorgar el APTO.*

APTO	NO APTO