

**FICHA DE RECONOCIMIENTO MÉDICO CORRESPONDIENTE A LA “PRIMERA ETAPA” DEL PROCESO DE INCORPORACIÓN A GENDARMERÍA NACIONAL**

**1. DATOS PERSONALES DEL POSTULANTE**

Apellidos y Nombres: .....

Fecha de Nacimiento: ...../...../....., Edad: ....., Lugar de Nacimiento (ciudad y provincia):.....

DNI Nro.: 

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

, Teléfono celular Nro.: .....

Sexo: ....., Grupo sanguíneo: ..... Factor RH: .....

Adecuación de trato (Género autopercebido): .....

**¡ATENCIÓN!**

A continuación, se detallan los Exámenes Médicos Complementarios y Estudios médicos practicados, que debe TRAER el Postulante para la confección de la presente Ficha Medica:

- 1) *Radiografía Panorámica Odontológica.*
- 2) *Ecografía Abdominal.*
- 3) *Cardiología (numerado 10., en hoja 11.)*
- 4) *Oftalmología (numerado 11., en hoja 12).*
- 5) *Ginecología (numerado 12., en hojas 12 y 13).*

Deberán ser realizados de forma particular en centros de salud del ámbito civil a su elección; Por Ejemplo: en Hospitales Públicos - Centro Médicos Municipales - Unidades Sanitarias Barriales - Sanatorios - Clínicas - Consultorios Médicos Privados y etc.

Asimismo, deberá presentar la libreta/carnet de vacunación personal.

NO OBSTANTE, EL FACULTATIVO MÉDICO DE GNA PODRÁN SOLICITAR ESTUDIO COMPLEMENTARIO EN CASO DE SER NECESARIO.

**2. DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES**

Datos Familiares	Vive		Sanos	
Padre	SI	NO	SI	NO
Madre	SI	NO	SI	NO
Hermanos	SI	NO	SI	NO
Motivo del fallecimiento o enfermedad que padecen/cieron				

Antecedentes Personales: Ha padecido o padece de:									
Tildar cada ítem	SI	NO	Tildar cada ítem	SI	NO	Tildar cada ítem	SI	NO	
Sarampión			Pleuresía			Fobias o Pánico			
Parotiditis			Asma			Depresión			
Rubéola			Rinitis alérgica			Apatía/Desgano			
Varicela			Otitis			Irritabilidad			
Tos convulsa			Sinusitis			Ansiedad			
Difteria			Amigdalitis			Trast. Sensoriales			
Escarlatina			Dermatitis repetición			Zumbidos			

Paludismo		Politraumatismos		Vértigo – Mareos	
Tifoidea		Traumatismo craneo		Neuropatías	
Otras ETS		Fracturas/Luxaciones		Cefaleas graves	
Sífilis		Heridas graves		Sonambulismo	
Tuberculosis		Desmayos		Trastornos Urinarios	
Fiebre Reumática		Amnesia		Hipertiroidismo	
Bronconeumonía		Convulsiones		Artritis Reumatoidea	
Neumonía		Hipertensión arterial		Artrosis	
Bronquitis crónica		Hipotensión arterial		Insomnio	
Palpitaciones		Anemia		Pérdida de peso	
Dolor de pecho		Diabetes		Enfermedad celíaca	
Migraña		Infección urinaria		Pérdida de memoria	
Gastritis		Epilepsia		Pérdida de conciencia	
Colon irritable		Convulsiones		Anginas	
Hepatitis		Arritmias		Litiasis Renal	
HIV-SIDA		Soplos		Litiasis biliar	
Disminución de Audición		OBS			
Problemas Oftalmológicos		OBS			
Otros					
Intolerancia/ Alergia a medicamentos (especificar)		¿Fuma?: SI – NO Cantidad diaria: .....			
.....					
.....					
¿Fue operado/a?: SI – NO (Especificar Patología / Año / Secuelas)		Internaciones SI – NO (Especificar causa / Año)			
.....		.....			
.....		.....			
Medicación habitual diaria: SI – NO (Especificar) .....		¿Coquea?: SI – NO			
.....		.....			
.....		.....			
¿Consume o consumió?:		Todo otro dato de interés:			
Alcohol: .....		.....			
Medicamentos: .....		.....			
Drogas: .....		.....			
<b>EXCLUSIVO PARA POSTULANTES DEL SEXO FEMENINO</b> (marque con un círculo lo que corresponda)					
Embarazo. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Mes de gestación: .....		Tumores. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Las inflamaciones y/o infecciones agudas o crónicas, bacterianas, parasitarias, micóticas y/o virales de cualquier sector del aparato genital femenino. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		El carcinoma "in situ" o sus lesiones precursoras diagnosticadas colposcopicamente y/o citologicamente y/o histológicamente. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Endometriosis, <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Menstruaciones dolorosas. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Alteraciones permanentes y/o incapacitantes del ciclo menstrual: amenorrea, hipermenorrea, polimenorrea, metrorragia y menometrorragia. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Alteraciones genitales. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Trastornos mamarios congénitos y/o adquiridos <b>que alteren la estética corporal</b> y/o impidan o dificulten el uso de uniformes y equipos especiales en la <b>actividad a</b> desarrollar. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Padece o padeció infecciones crónicas de la mama y prótesis? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Tumores de la mama. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Cantidad de embarazos:			
Abortos (motivos/causales). <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuántos?:		Partos naturales o cesáreos. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuántos?:			

Quistes mamarios. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Todo otro dato de interés:
---	----------------------------

Ampliar información de ser necesaria:

**Declaro que los datos que anteceden dados por mí son la expresión fiel de la verdad y constituyen carácter de DECLARACIÓN JURADA. - - - - -**

.....  
Firma y aclaración del Postulante

(marque con un círculo lo que corresponda).

**APTO**

**NO APTO**

Lugar y Fecha:.....

.....  
Firma y aclaración  
Médico de la Unidad de **GNA**

### 3. PLAN DE VACUNACIÓN:

Con la siguiente encuesta, se desea conocer el actual estado de inmunizaciones (vacunación) del Postulante, por lo cual se solicita se rellene el formulario con datos veraces. La falta de alguna vacuna podrá ser motivo de nulidad para el ingreso. - - - - -

	1ª Dosis	2ª Dosis	3ª Dosis	Refuerzo	No sabe / No Recuerda
<b>Anti Hepatitis B</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<b>Doble Adulto / Triple Bacteriana Acelular</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Triple Viral / Doble Viral</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>

Otras inmunizaciones (especificar): .....

**OBS:** Este campo se acredita mediante la verificación de la "Libreta de Vacunación" que debe presentar el/la postulante.

(marque con un círculo lo que corresponda).

**APTO**

**NO APTO**

Lugar y Fecha:.....

.....  
Firma y aclaración  
Médico de la Unidad de **GNA**

#### 4. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS:

La conformación corporal será valorada teniendo en cuenta fundamentalmente la relación armónica entre el peso, talla y el perímetro torácico.

Son causas de ser calificado "NO APTO":

a. Talla:

La no comprendida entre los siguientes valores para el ingreso como **CADETE/GENDARME:**

ESTATURAS	MÍNIMA	MÁXIMA
<i>Femenino:</i>	1,60	1,85
Masculino:	1,66	1,95

b. Peso:

Se utilizará el criterio de Índice de Masa Corporal (IMC). Valor de referencia normal entre 19 y 25. Se aceptará como APTO hasta un índice de 30 y como mínimo un valor de 17. Cada punto por encima de 25, expresa 3 kilogramos de sobrepeso.

c. Mediciones:

**Altura:** .....centímetros.

**Peso inicial:** .....kilos (Con excedente de **no** más de **5 kgs**).

**IMC:** .....

**Diámetro de Cintura:** ..... centímetros.  
(Hasta **88 cms** para la mujer – Hasta **102 cms** para el hombre)

(marque con un círculo lo que corresponda).

**APTO**

**NO APTO**

Lugar y Fecha:.....

.....  
Firma y aclaración  
Médico de la Unidad de **GNA**

5. **PIEL** (marque con un círculo lo que corresponda)

\*Tatuajes:

☐ SI ☐ NO

Cicatrices:

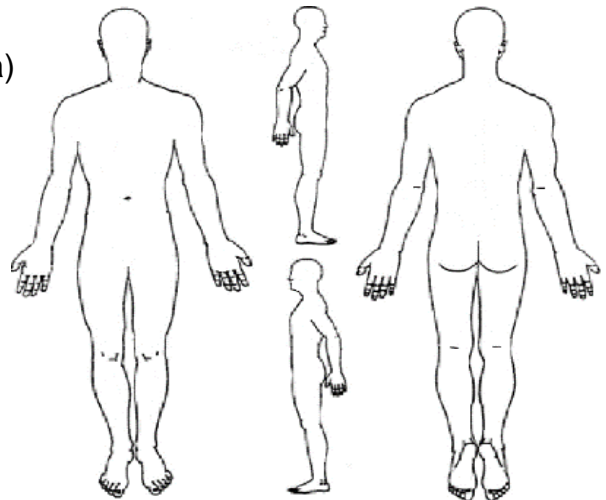
☐ SI ☐ NO

Enfermedades cutáneas:

☐ SI ☐ NO

Otra afección que afecte la estética:

☐ SI ☐ NO



En caso positivo de tatuajes o cicatrices:

Especifique cantidad de tatuajes que posee: .....

Señale con un círculo en la figura del cuerpo humano donde se encuentran.

Especifique el tamaño en cm largo/ancho c/u: .....

Observaciones:.....

\***NO** se considerarán **APTOS** aquellos que posean tatuajes que sean visibles en el cuerpo circunstancialmente con el uso de cualquier uniforme reglamentario de la Fuerza (se incluye vestimenta corta, como ser: short, remeras mangas cortas de gimnasia, polleras, etc.), o en cualquier parte del cuerpo y cuyo diámetro supere los VEINTE (20) centímetros. y/o por interpretación de leyenda escrita o significado simbólico de los mismos. - - - - -

\***NO** se considerarán **APTOS** aquellos que posean tatuajes en proceso de remoción. - - - - -

(marque con un círculo lo que corresponda).

**APTO**

**NO APTO**

Lugar y Fecha:.....

.....  
Firma y aclaración  
Médico de la Unidad de **GNA**

6. **INSPECCIÓN CLÍNICA:**

a. **CABEZA - CUELLO:** (marque con un círculo lo que corresponda)

Son causas de ser calificado "NO APTO":

Exostosis o deformaciones craneales visibles/notables a simple vista o que dificulten el uso de equipos del uniforme. ☐ SI ☐ NO

Prognatismo o micrognatia visibles/notables a simple vista. ☐ SI ☐ NO

Cualquier otra función o lesión del cráneo o cuello que altere el funcionamiento de los órganos propios o de la estética. ☐ SI ☐ NO

**b. TÓRAX:** (marque con un círculo lo que corresponda)

Son causas de ser calificado "NO APTO":

Disminución marcada de la elasticidad de las paredes torácicas. ☐ SI ☐ NO

Excursión respiratoria inferior a 5 cm. ☐ SI ☐ NO

Toda otra afección del tórax que perturbe cualquier función del mismo. ☐ SI ☐ NO

**c. COLUMNA VERTEBRAL:** (marque con un círculo lo que corresponda)

Son causas de ser calificado "NO APTO":

Alteraciones marcadas de los ejes de la columna vertebral (cifosis, escoliosis, lordosis, dinámica postura), visibles/notables a simple vista o que afecten el normal funcionamiento del sistema óseo. ☐ SI ☐ NO

Antecedentes de Hernias y/o protrusiones discales operadas cuya secuela altere la estética o función. ☐ SI ☐ NO

Antecedentes de Luxación congénita de cadera y las displasias cefalocotiloideas primarias o secundarias y/o alteraciones de la marcha. ☐ SI ☐ NO

Quistes sacrocoxígeos. ☐ SI ☐ NO

Secuelas de fracturas de la columna y luxaciones que comprometen la función. ☐ SI ☐ NO

Toda otra afección de la columna vertebral que perturbe la función de la misma o sea visible/notable a simple vista. ☐ SI ☐ NO

Simetría de caderas – pliegues. ☐ SI ☐ NO

**d. APARATO LOCOMOTOR:** (marque con un círculo lo que corresponda)

Los callos óseos exuberantes y dolorosos. ☐ SI ☐ NO

Las fracturas recientes, cuyo período de curación definitivo sobrepase la fecha de incorporación. ☐ SI ☐ NO

**e. ARTICULACIONES – LIGAMENTOS – MÚSCULOS:** (marque con un círculo lo que corresponda)

Son causas de ser calificado "NO APTO":

Artritis agudas y crónicas. ☐ SI ☐ NO

Trastornos intrarticulares que dificulten la función. ☐ SI ☐ NO

Esguinces y luxaciones recidivante. ☐ SI ☐ NO

Rupturas, retracciones, adherencias ligamentosas y las lesiones meniscales que dificulten la función. ☐ SI ☐ NO

Hernias musculares. ☐ SI ☐ NO

Distrofias musculares. ☐ SI ☐ NO

Toda otra afección o lesión de las articulaciones, ligamentos y músculos que perturbe una determinada función. ☐ SI ☐ NO

**f. EXTREMIDADES SUPERIORES:** (marque con un círculo lo que corresponda)

Son causas de ser calificado "NO APTO":

Ausencia o pérdida total o parcial de un dedo de cualquier mano. ☐ SI ☐ NO

Polidactilia o sindactilia. ☐ SI ☐ NO

Retracciones aponeuróticas y tendinosas que perturben la función. ☐ SI ☐ NO

Cualquier otra afección o lesión de los miembros superiores que perturbe la función de los mismos. ☐ SI ☐ NO

**g. EXTREMIDADES INFERIORES:** (marque con un círculo lo que corresponda)

Son causas de ser calificado "NO APTO":

Ausencia o pérdida del dedo gordo del pie. ☐ SI ☐ NO

Ausencia o pérdida de dos dedos de un pie o de un dedo de cada pie. ☐ SI ☐ NO

Pie plano equino, cavo, valgo que comprometa la función. ☐ SI ☐ NO

Superposición de dedos que comprometa la función. ☐ SI ☐ NO

Dedo en martillo con marcada hiperqueratosis que comprometa la función. ☐ SI ☐ NO

Hallux Valgus no tratado. ☐ SI ☐ NO

Hiperqueratosis y verrugas plantares. ☐ SI ☐ NO

Mal perforante plantar. ☐ SI ☐ NO

Genu Valgum, Varum o Recurvatum pronunciados. ☐ SI ☐ NO

Acortamiento de un miembro 2 cm. o más, visibles/notables a simple vista o que altere la estética o la dinámica. ☐ SI ☐ NO

Toda otra afección o lesión de los miembros inferiores que comprometa la función. ☐ SI ☐ NO

**OBS:**.....  
.....  
.....

(marque con un círculo lo que corresponda).

**APTO**

**NO APTO**

Lugar y Fecha:.....

.....  
Firma y aclaración  
Médico de la Unidad de **GNA**

**7. OTORRINOLARINGOLOGÍA:** (marque con un círculo lo que corresponda)

**a. Son causas de ser calificado "NO APTO": a Oído:**

Pérdida total o parcial de un pabellón auricular y/o alteraciones del mismo. ☐ SI ☐ NO

Infección crónica del conducto auditivo externo. ☐ SI ☐ NO

Otitis medias supuradas agudas en curso u otras afecciones del oído medio. ☐ SI ☐ NO

Perforación de la membrana del tímpano con secuela auditiva o funcional. ☐ SI ☐ NO

Mastoiditis aguda o crónica. ☐ SI ☐ NO

Intervenciones quirúrgicas del oído medio. ☐ SI ☐ NO

La obstrucción tubaria crónica. ☐ SI ☐ NO

Alteraciones de la función vestibular. ☐ SI ☐ NO



**b. Son causas de ser calificado "NO APTO": a Nariz:**

Pérdida total o parcial de la nariz. ☐ SI ☐ NO

Deformaciones o malformaciones que interfieren la respiración y la emisión de la palabra.  
☐ SI ☐ NO

Modificaciones del volumen, forma o aspecto de la nariz visibles/notables a simple vista.  
☐ SI ☐ NO

Rinitis atrófica u ozenosa. ☐ SI ☐ NO

Antecedentes de Desviaciones o malformaciones del septum nasal. ☐ SI ☐ NO

Antecedentes de Hipertrofias de los cornetes. ☐ SI ☐ NO

Antecedentes de perforación del tabique nasal que provoque marcada disfunción, notable a simple vista. ☐ SI ☐ NO

Anosmia o parosmia. ☐ SI ☐ NO

Sinusitis crónica. ☐ SI ☐ NO

Rinopatías alérgicas. ☐ SI ☐ NO

**c. Son causas de ser calificado "NO APTO": a Faringe – Laringe:**

Amigdalitis crónica. ☐ SI ☐ NO

Hipertrofia amigdalina y/o adenoidea que afecten la función respiratoria. ☐ SI ☐ NO

Faringitis crónica. ☐ SI ☐ NO

Trastornos orgánicos o funcionales de la deglución. ☐ SI ☐ NO

Parálisis del velo del paladar cuando interfiera la deglución y/o fonación. ☐ SI ☐ NO

Parálisis de las cuerdas vocales. ☐ SI ☐ NO

Laringitis crónicas de cualquier naturaleza. ☐ SI ☐ NO

Afonía, disfonía, tartamudez o cualquier otro trastorno que altere el timbre de voz de acuerdo a la edad. ☐ SI ☐ NO

Cualquier otra afección o lesión del sistema otorrinolaringológico que perturbe alguna función del mismo. ☐ SI ☐ NO

**OBS:**.....  
.....

(marque con un círculo lo que corresponda).

**APTO**

**NO APTO**

Lugar y Fecha:.....

.....  
Firma y aclaración  
Médico de la Unidad de **GNA**

## 8. ECOGRAFÍA ABDOMINAL:

Observaciones:.....

.....  
.....

(marque con un círculo lo que corresponda).

**APTO**

**NO APTO**

Lugar y fecha:.....

.....  
Firma y aclaración  
Médico de la Unidad de **GNA**

## 9. ODONTOLOGÍA:

### FICHA ODONTOLÓGICA

#### ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
<i>Derecha</i>								<i>Izquierda</i>									
								61	62	63	64	65					
								85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

#### REFERENCIAS

COLOR ROJO prestaciones existentes

COLOR AZUL Prestaciones requeridas

X Diente ausente o a extraer

— Diente a extraer

POTESIS FIJA

PROTESIS REMOVIBLE

CORONAS

CANTIDAD DE DIENTES  
EXISTENTES

**OBS:**.....  
.....

(marque con un círculo lo que corresponda).

**APTO**

**NO APTO**

Lugar y fecha:.....

.....  
Firma y aclaración  
Odontólogo de **GNA**

---

**10. CARDIOLOGÍA:**

Aparato circulatorio: .....

Tensión Arterial: Máxima ..... Mínima ..... **E.C.G.** n° : .....

Informe ECG.: ..... Diagnóstico.....  
.....  
.....

**Ergometría:**.....

Arritmias. ☐ SI ☐ NO

Afecciones congénitas. ☐ SI ☐ NO

Trastornos patológicos de la repolarización. ☐ SI ☐ NO

Soplos. ☐ SI ☐ NO

**OBS:**.....  
.....  
.....

Cardiología: se otorga la “Aptitud” con estudios médicos presentados por el Postulante y mediante examen clínico.

(marque con un círculo lo que corresponda).

**APTO**

**NO APTO**

Lugar y Fecha:.....

.....  
Firma y sello del Médico

---

## 11. OFTALMOLOGÍA:

\*Agudeza visual "SIN CORRECCIÓN":

OD:..... OI: .....

Visión Cromática: .....Pupilas: .....

Estrabismo. ☐ SI ☐ NO

**OBS:**.....  
.....  
.....  
.....

\*Para otorgar la "Aptitud Oftalmológica", el/la postulante deberá tener una agudeza visual de **QUINCE (15)** – No menos de **7/10** en ningún ojo. El examen se deberá realizar **sin corrección** (se considera como tal la agudeza visual medida **sin** anteojos o lentes de contacto). –

(marque con un círculo lo que corresponda).

**APTO**

**NO APTO**

Lugar y Fecha:.....

.....  
Firma y sello del Médico

---

## 12. GINECOLOGÍA:

- ☐ PAP (Papanicolaou): .....COLPOSCOPIA.....
- ☐ Ecografía mamaria: .....
- ☐ Evaluación Médica Ginecológica: .....
- .....
- ☐ Observaciones:.....

.....

.....

.....

(marque con un círculo lo que corresponda).

**APTO**

**NO APTO**

Lugar y Fecha:.....

.....  
Firma y sello del Médico

**13. CONCLUSIÓN FINAL DEL MÉDICO DE LA UNIDAD:**

**(Para la conclusión final, el postulante deberá portar todos los estudios médicos practicados, incluida la presente Ficha Médica con los aptos médicos firmados del punto 2. al 12.)**

.....

.....

.....

(marque con un círculo lo que corresponda).

**APTO**

**NO APTO**

**Lugar y fecha:** .....

.....  
FIRMA, ACLARACIÓN Y MATRÍCULA DEL MÉDICO DE  
LA UNIDAD DE GENDARMERÍA NACIONAL ARGENTINA  
DONDE REALIZÓ EL TRÁMITE DE PRE-INSCRIPCIÓN

## **PSICOLOGÍA**

Apellido y Nombre del Aspirante:.....

DNI:..... Edad: .....

Domicilio:.....

Localidad:.....Provincia:.....

Entrevista Psicológica:.....

.....

.....

.....

(marque con un círculo lo que corresponda).

**APTO**

**NO APTO**

Lugar y Fecha:.....

.....  
Firma y sello Psicólogo de  
Gendarmería Nacional