



REQUISITOS MEDICOS DE INGRESO

PARA ASPIRANTES A PRIMER AÑO – CICLO LECTIVO 2023

SEÑORES PADRES O TUTORES:

Normas para los Postulantes:

- 1. Deberán presentarse a rendir los exámenes académicos de ingreso en la fecha que oportunamente fije el Instituto y que le será comunicada.
- 2. Deberán presentar indefectiblemente **antes** de esa oportunidad.
 - a- E.C.G. (Electrocardiograma) con informe.
 - b- Ergometría con informe.
 - c- Radiografía de Tórax (FRENTE) con informe.
 - d- Radiografía de columna cervical con medición de índice de Pavlov y Torg.
 - e- Radiografía de columna Lumbosacra (FRENTE) con informe.
 - f- E.E.G. (Electroencefalograma) con informe.
 - g- Análisis de sangre: Hemograma completo – Glucemia – Uremia– Orina completo – Grupo y factor – Eritrosedimentación.
 - h- Audiometría informada con porcentaje de pérdida de audición si lo tuviera.
 - i- Examen oftalmológico con agudeza visual y visión cromática.
 - j- Certificado de buen estado de salud bucodental.
 - k- Fotocopia del calendario de vacunación completo según edad.
 - l- Planilla de Antecedentes Médicos (páginas 2 y 3 de este documento).
- 3. Los estudios médicos NO deberán tener más de tres (03) meses de antigüedad de efectuado el cierre de las inscripciones.
- 4. **Todos los estudios médicos serán entregados en el Departamento Sanidad antes de los exámenes de ingreso, en el mes de diciembre, en una carpeta colgante con identificador.**

NOTA: La **NO** presentación de la documentación solicitada al cierre de las inscripciones anulará la misma.

Recomendamos comenzar a realizar los estudios médicos en el mes de Septiembre.



Liceo Naval Militar "ALMIRANTE STORNI"
División Ingresos

ANTECEDENTES MÉDICOS

CUESTIONARIO PARA SER CONTESTADO POR LOS SEÑORES PADRES Y SER PRESENTADO CON LA CARPETA DE DOCUMENTACION MÉDICA.

APELLIDO Y NOMBRES DEL ASPIRANTE:.....
.....

EDAD: años Fecha de nacimiento:// GRUPO: RH:

OBRA SOCIAL: N° DE AFILIADO/A:

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: Apellido y Nombres:

CEL..... Grado de parentesco o amistad con el/la cadete:

Tiene (o ha tenido) alguna de las afecciones siguientes:

	SI	NO	OBSERVACIONES
Difteria			
Sarampión			
Coqueluche (tos convulsa)			
Fiebre urliana (papera)			
Escarlatina			
Varicela (viruela boba)			
Viruela			
Rubéola			
Tétanos			
Paludismo			
Brucelosis			
Poliomelitis			
Hepatitis a virus			
Fiebre tifoidea			
Meningitis			
Sinusitis - localización			
Bronquitis a repetición			
Enuresis			
Asma bronquial			
Reumatismo			
Enfermedades del corazón			



Liceo Naval Militar "ALMIRANTE STORNI"
División Ingresos

Fiebre reumática			
Soplos del corazón			
Enfermedades congénitas			
Diabetes			
Epilepsia, convulsiones			
Está tomando alguna medicación			
Mujeres: Problemas Menstruales			

¿Trastornos digestivos durante la lactancia?

Caso afirmativo, de qué tipo fueron

¿Qué operaciones les han sido practicadas y a qué edad?

¿Ha sufrido fracturas? ¿A qué edad?

¿Cuáles?

¿Sufre de alergias? ¿A qué?

¿Es alérgico a algún antibiótico? ¿Cuál?

¿Ha recibido algún suero preventivo? ¿Cuál?

¿Ha efectuado otros tratamientos médicos no citados anteriormente?

Declaro bajo juramento que la presente información es exacta y completa.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA EFECTUAR ASISTENCIA PRIMARIA MÉDICA, ODONTOLÓGICA Y KINESIOLOGICA

Yo:..... mayor de edad y en pleno estado de conciencia; padre/ madre/ apoderado legal (tachar lo que **NO** corresponda), dejo expresa constancia que autorizo la realización de tratamientos médicos, odontológicos o kinesiológicos que se requieran durante la estadía del aspirante
.....D.N.I:....., en el Liceo Naval Militar "Almirante Storni", efectuados bajo la dirección de Personal Capacitado.

.....
Firma de la madre / tutora (7)

Aclaración:

D.N.I:

.....
Firma del padre / tutor (7)

Aclaración:

D.N.I:

.....; de de
(Lugar y Fecha)