



## REQUISITOS MEDICOS DE INGRESO

### PARA ASPIRANTES A PRIMER AÑO – CICLO LECTIVO 2027

#### 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) Radiografía de Tórax (FRENTE) con informe. (\*)
- c) Análisis de sangre:
  - Hemograma completo
  - Glucemia
  - Uremia
  - Orina completo
  - Grupo y factor
  - Eritrosedimentación
- d) Audiometría informada con porcentaje de pérdida de audición si lo tuviera.
- e) Examen oftalmológico con agudeza visual y visión cromática.
- f) Certificado de buen estado de salud bucodental con odontograma.
- g) Fotocopia del calendario de vacunación completo según edad.
- h) **Planilla de Antecedentes Médicos** (páginas 2 y 3 de este documento).
- i) **Formulario de trayectorias escolares** (páginas 4 y 5 de este documento).

3. Los estudios médicos **NO** deberán tener más de SEIS (06) meses de antigüedad al momento ser presentadas. *Recomendamos comenzar a realizar los estudios médicos en julio.*

4. **Luego de formalizar la inscripción en la Oficina de Ingresos, todos los estudios médicos podrán ser entregados personalmente por MADRE, PADRE O TUTOR, en el Departamento Sanidad del Liceo. Fecha límite: martes 1° de dic/2026.**

**EN UNA CARPETA COLGANTE CON IDENTIFICADOR.**

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

(\*) Si el postulante presenta al examen físico alguna alteración en el Eje Axial del Raquis (Ejemplo: Actitud Escoliotica y/o Cifótica), se solicitarán los siguientes estudios radiológicos (Radiografía de columna cervical con informe y Radiografía de columna Lumbosacra (FRENTE) con informe.



**ANTECEDENTES MÉDICOS**

**CUESTIONARIO PARA SER CONTESTADO POR EL PROFESIONAL A CARGO (MÉDICO) 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			



	SI	NO	OBSERVACIONES
Reumatismo			
Enfermedades del corazón			
Fiebre reumática			
Soplos del corazón			
Enfermedades congénitas			
Diabetes			
Epilepsia, convulsiones			

	SI	NO	CUAL (¿?)
Está tomando alguna medicación			
Antecedentes Patológicos			
Recibe alguna medicación			
Usa anteojos			
Usa ORTESIS			
Usa PRÓTESIS			
SILLA DE RUEDAS			
Alergia			

• PROBLEMAS DIGESTIVOS: SI o NO

Si la respuesta es SI, especifique el tipo de trastorno digestivo (ej. anorexia, bulimia, alergia alimentaria, otros): .....

- Posee alguna discapacidad: **FISICA** SI o NO                      **PSIQUICA** SI o NO
- Posee Certificado Único de Discapacidad: SI o NO

¿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? .....



¿Padece o/ha padecido de alguna Patología no mencionada anteriormente? .....

.....

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

<p><b>PROFESIONAL DEL SISTEMA DE SALUD</b></p> <p><b>FECHA:</b> ...../...../.....</p>   <p style="text-align: center;">.....  <b>FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL</b></p>
---

**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)



**FORMULARIO DE TRAYECTORIAS ESCOLARES – NIVEL PRIMARIO**  
**Ingreso al Liceo Naval Militar "Almirante Storni" (LNAS)**

**NOTA:** El presente formulario deberá ser completado en su totalidad para ser considerado válido. Deberá ser completado por la institución educativa a la que asistió el/la postulante, contemplando preferentemente los últimos tres (3) años de escolaridad.

Una vez completado, el formulario deberá ser avalado por un médico pediatra mediante firma y sello profesional.

Datos del Postulante
Nombres y Apellidos:
Fecha de nacimiento:

**1.- Dimensión evolutiva vinculada con el aprendizaje**

	Acorde a su edad	Inferior a lo esperado para su edad	Superior a lo esperado para su edad		
Desarrollo de la lectoescritura					
Desarrollo lingüístico					
Desarrollo de la motricidad fina					
			Si	Generalmente	A veces No
Manifiesta predisposición ante las actividades planteadas					
Es autónomo en la ejecución de sus trabajos					
Trabaja colaborativamente					
Sostiene una atención concentrada.					

**2.- Dimensión sobre la trayectoria escolar**

	Si (*)	No
El estudiante contó con configuraciones de apoyo eventuales		
Requirió proyecto pedagógico para la inclusión (PPI)		

En caso afirmativo adjuntar informe (\*)

**3.- Dimensión en relación a la convivencia con pares**

	Si	Generalmente	A veces	No
Respetar acuerdos de convivencia				
Resuelve conflictos a través del diálogo				
Acude a un adulto frente a situaciones complejas				
Se vincula de manera respetuosa con adultos y pares				



**4.- Dimensión sobre el vínculo familia-escuela**

	Si	Generalmente	En ocasiones	No
La familia acompaña la trayectoria escolar del estudiante				
Se observa la presencia de un adulto referente con el cual interactuar ante situaciones que lo requieran.				

**5.- Dimensión sobre los antecedentes de salud**

Posee Certificado Único de Discapacidad (CUD)?  NO  SI (En caso Afirmativo adjuntar Informe)

Observaciones y/o sugerencias del Profesional

.....

.....

.....

.....

....., ..... de ..... de .....

.....

**FIRMA – SELLO - INSTITUCION EDUCATIVA**

Aclaración: .....

.....

**FIRMA DE LA MADRE**

Aclaración: .....

DNI.: .....

.....

**FIRMA – SELLO – MÉDICO PEDIATRA**

Aclaración: .....

.....

**FIRMA DEL PADRE**

Aclaración: .....

DNI.: .....