

## ARMADA ARGENTINA

### DECLARACIÓN JURADA DE SANIDAD

Completar y confirmar según lo indicado.

#### A) Datos personales:

Apellidos y Nombres: ..... Edad:.....(al 31/12 año inscripción)

DNI:..... N° Insc: ..... Peso: ..... (kgs) Talla: ..... (mts)

Grupo Sanguíneo: .... RH (.....) Fecha Nacimiento: .... / .... / .....

#### B) Fundamentos

El examen médico de ingreso tendrá como propósito asegurar que el Postulante reúna las condiciones psicofísicas que requerirá como integrante de la Armada, sirviendo para evitarle tareas que pudiesen causarle perjuicios para su salud y no sean acordes con su aptitud. En los casos que se requiera cirugía para corregir una patología, deberá asegurarse que al momento de la presentación al Período Selectivo Preliminar (PSP), si fuese convocado, haya sido dado de alta y no presente impedimentos para el desarrollo de TODAS las actividades. Las limitantes, aunque sean parciales, serán causa de no admisión.

Durante el Período de Selección Preliminar como Postulante y en caso de ser incorporado a la Escuela como Cursante, deberá satisfacer lo establecido en el Capítulo 3, Art. 3.01. Condiciones de Permanencia de Alumnos del "Reglamento de Aptitud Psicofísica para el Personal Militar de la Armada":

1. "Durante su permanencia en los Institutos de Formación de la Armada, los alumnos cursantes deberán mantener las condiciones de aptitud psicofísica – exigencias y tolerancias – requeridas para su ingreso, establecidas en los artículos 2.03. al 2.30. inclusive del presente reglamento" (detalladas en los capítulos 302 al 329 de la presente Guía de Ingreso), complementadas con los de los artículos 3.02. al 3.08. inclusive del presente reglamento".
2. "En este período, que se extiende desde la incorporación efectiva hasta su alta de los Institutos, los cursantes –cadetes y aspirantes- deberán ser objeto de un seguimiento de su estado de salud por medio de reconocimientos médicos y odontológicos periódicos con el propósito determinado en el inciso anterior, como también considerando la posibilidad de no manifestación en este lapso, de patologías preexistentes no evidenciadas en el examen de ingreso".

#### C) Normas

A efectos de realizar una primera selección, los inscriptos deberán presentarse en los lugares que se indiquen para cumplir con un examen médico de preaptitud, un estudio psicodiagnóstico y un estudio psicotécnico y posteriormente, en caso de ser convocados, deberán continuar con los exámenes médicos de preingreso y otros exámenes o estudios solicitados durante el Período de Selectivo Preliminar, siendo además inmunizados en forma preventiva con las siguientes vacunas durante el ciclo lectivo:

1. Antipoliomielítica
2. Doble Adultos (Difteria – Tétanos)
3. Antimeningocócica del Grupo A y C.

4. Triple Viral (Sarampión – Rubéola - Paperas)
5. Antihepatitis A

Asimismo deberán proporcionar todos los antecedentes que le sean solicitados por los profesionales de Sanidad. Los Postulantes en quienes se encuentren alteraciones de la salud contempladas en el “Reglamento de Aptitud Psicofísica para el Personal Militar de la Armada”, serán informados por los médicos acerca de las mismas, quedando constancia firmada por el interesado en su ficha de aptitud o similar.

#### D) Declaración Jurada – Cuestionario Médico (Marcar la respuesta correcta)

##### 1) Antecedentes personales

a) Ha tenido o tiene:	SI	NO	NO SABE	Ha tenido o tiene:	SI	NO	NO SABE
1 Cólera				34 Pies planos			
2 Hepatitis				35 Varicocele			
3 Sífilis				36 Hidrocele			
4 Diabetes				37 Traumatismo de cráneo			
5 Enfermedad de Tiroides				38 Problemas para oír			
6 Paperas				39 Zumbidos en los oídos			
7 Varicela				40 Otitis repetidas / Crónicas			
8 Sarampión				41 Enfermedades en la boca			
9 Meningitis				42 Anginas repetidas			
10 Presión Arterial Elevada				43 Dificultad para ver			
11 Enfermedad Cardíaca				44 Dificultad para tragar			
12 Enfermedad de Chagas				45 Enfermedades en la piel			
13 Fiebre reumática				46 Lunares grandes			
14 Anemia				¿Dónde?:			
15 Dolor de pecho				47 Cicatrices grandes			
16 Palpitaciones				¿Dónde?:			
17 Hinchazón de piernas / pie				48 Tatuajes			
18 Asma				¿Dónde?			
19 Bronquitis repetidas				49 ¿Qué dibujo tiene tatuado?			
20 Tuberculosis							
21 Tos frecuente							
22 Expectoración frecuente				50 Crisis de pánico			
23 Expectoración con sangre				51 Angustia frecuente			
24 Silbidos en el pecho				52 Cambios repentinos de humor			
25 Hemorroides				53 Insomnio			
26 Ardor de estómago				54 Pesadillas			
27 Vómito de sangre				55 Cambios notorios en ritmo alimentación que afectaron su peso corporal			
28 Diarrea prolongada				56 Golpes importantes en la cabeza con pérdida de conocimiento.			
29 Materia fecal con sangre				57 Convulsiones			
30 Hernias				58 Epilepsia			
31 Dolores en pies, rodillas, espalda				59 Toma alguna medicación			
32 Dolores en cintura, hombros				¿Cuál?			
33 Várices				60 Sinusitis crónica			

<b>b) Usted:</b>	SI	NO	NO SABE	<b>Usted:</b>	SI	NO	NO SABE
1 ¿Tiene dificultad para respirar?				12 ¿Estuvo con tratamiento psiquiátrico?			
2 ¿Es alérgico a medicamentos?				¿Tiempo de tratamiento?			
¿Cuál?:				¿Motivo?			
3 ¿Tiene los ojos desviados?				13 ¿Estuvo con tratamiento neurológico?			
4 ¿Tiene problemas para ver los colores?				¿Tiempo de tratamiento?			
5 ¿Es fumador?				¿Motivo?			
6 ¿Hace algún tratamiento médico?				14 ¿Tomó medicación psiquiátrica?			
7 ¿Tiene la vacuna BCG?				¿Cuál?:			
8 ¿Recibió transfusiones?				¿Cuánto tiempo?:			
9 ¿Tiene algún dedo amputado?				15 ¿Consumió drogas o estupefacientes?			
10 ¿Le falta alguna oreja?				¿Cuáles?:			
11 ¿Estuvo con tratamiento psicológico?				¿Cuánto tiempo?:			
¿Tiempo de tratamiento?				16 ¿Consumió alcohol?			
¿Motivo?				¿Con qué frecuencia?:			

<b>c) Ha sido operado de:</b>	SI	NO	AÑO
1. Amígdalas			
2. Apendicitis			
3. Hernia			
4. Hemorroides			
5. Várices			
6. Varicocele			
7. Rodilla			
8. Heridas de arma blanca			
9. Heridas de bala			
10. Corazón			
11. Otras(detallar)			

<b>d) Ha tenido fracturas</b>	SI	NO	AÑO
¿Dónde? (detallar)			

**e) Mujeres solamente**

Tiene usted:	SI	NO
1. ¿Flujo, picazón o dolor vaginal?		
2. ¿Bulto en el pecho?		
3. ¿Menstruación todos los meses?		
4. ¿Es dolorosa?		
5. ¿Tiene que hacer reposo?		
6. Edad de la primera menstruación.		
7. Fecha de la última menstruación		

**2) Antecedentes familiares:**

¿Su padre, madre o hermanos han tenido o tienen?

	SI	NO		SI	NO
1. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Enfermedades mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del Postulante

(La firma del Padre / Madre / Tutor sólo en caso de menores de 18 años)

**Certifico que las firmas que anteceden son auténticas y han sido puestas en mi presencia:**

Lugar: ..... fecha: ...../...../.....

Firma responsable Delegación Naval: .....

Aclaración: .....