



REQUISITOS MEDICOS DE INGRESO

PARA ASPIRANTES A PRIMER AÑO – CICLO LECTIVO 2025

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 informe.
 - 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 SEIS (06) meses de antigüedad al momento ser presentadas. *Recomendamos comenzar a realizar los estudios médicos luego de las vacaciones de 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: lunes 2 de dic/2024. EN UNA CARPETA COLGANTE CON IDENTIFICADOR.**

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



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			



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)