

POLICIA DE LA PROVINCIA DE JUJUY
DIR. SANIDAD POLICIAL Y MEDICINA LEGAL

AUDITORIA MÉDICA – CURSO DE ASCENSO AL GRADO INMEDIATO SUPERIOR - AÑO: 20....

APELLIDO Y NOMBRE: _____
JERARQUÍA: _____ LEGAJO _____ DESTINO: _____
D.N.I.: _____ EDAD: _____
DOMICILIO PARTICULAR: _____

EXAMEN FISICO (A COMPLETAR EN SANIDAD POLICIAL)

PESO: _____ TALLA: _____ CINTURA ABDOMINAL: _____ PRESION ARTERIAL: _____ (SENTADO)
I.M.C.: _____ PIEL Y FANERAS: _____

ESTUDIOS SOLICITADOS (FECHA:/...../.....)

LABORATORIO

HEMOGRAMA: *GB: _____ *GR: _____ * HCTO.: _____ *HB: _____

GLUCEMIA	
COLESTEROL TOTAL	
HDL	
LDL	
TRIGLICERIDOS	
ERITROSEDIMENTACION	
UREA	
ACIDO URICO	
ORINA COMPLETA	
TEST DE EMBARAZO	
ANTIGENO PROSTATICO (PSA) varones > 40 años	

FIRMA DEL BIOQUIMICO

GINECOLOGICO (CHEQUERA ISJ)

EXUDADO VAGINAL _____ P.A. P: _____ EXAMEN MAMARIO _____
INFORME Y VALORACION: _____

FIRMA DEL GINECOLOGO

TRAUMATOLOGICO

EXAMEN COMPLEMENTARIO: RX DE COLUMNA LUMBO-SACRO: (FRENTE Y PERFIL)
INFORME Y VALORACION _____

VALORACION DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: _____

FIRMA DEL TRAUMATOLOGO

CARDIOLOGICO

EXAMEN COMPLEMENTARIO: ELECTROCARDIOGRAMA (TRAZADO)

- EXAMEN AUSCULTATORIO: _____
- PULSOS PERIFERICOS: _____

INFORME: _____

EXAMEN COMPLEMENTARIO: ERGOMETRIA DE 12 DERIVACIONES:

- FC MAX. ALCANZADA: _____
- METS ALCANZADO: _____
- CAPACIDAD FUNCIONAL: _____

OBSERVACION: _____

FIRMA DEL CARDIOLOGO

OFTALMOLOGÍA

AGUDEZA VISUAL (CON O SIN CORRECCION): _____

VISION CROMATICA: _____

FIRMA DEL RESPONSABLE

OTORRINOLARINGOLOGIA

EXAMEN COMPLEMENTARIO: Audiometría (con trazado e informe de ORL)

INFORME Y VALORACION _____

FIRMA DEL RESPONSABLE

RESPIRATORIO

EXAMEN COMPLEMENTARIO: PLACA RADIOGRAFICA DE TORAX (F)

INFORME Y VALORACION: _____

EXAMEN COMPLEMENTARIO: ESPIROMETRIA

INFORME Y VALORACION: _____

FIRMA DEL RESPONSABLE

ODONTOLOGICO

INFORME Y VALORACION: _____

FIRMA DEL ODONTOLOGO

PLAN DE VACUNACION (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE CARNET DE VACUNAS)

VACUNAS	1° DOSIS	2°DOSIS	3° DOSIS
CUADRIPLE - TRIPLE Y DOBLE BACTERIANA			
HEPATITIS B			
VACUNA CONTRA COVID-19			

FIRMA DEL RESPONSABLE

MEDICO AUDITOR

FECHA: ____ / ____ / ____ APTO _____ NO APTO _____

OBSERVACION: _____

FIRMA DEL MEDICO AUDITOR