



**POLICIA DE LA PROVINCIA DE JUJUY**  
**DIRECCION SANIDAD POLICIAL Y MEDICINA LEGAL**  
*Avenida Santibáñez Nro. 1372*  
 Tel. (0388) 4830309



**AUDITORÍA MÉDICA – INGRESO AÑO .-**

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

EGRESADO DE LA CARRERA: \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS SOLICITADOS**

**LABORATORIO**

HEMOGRAMA      \*GB: \_\_\_\_\_ \*GR: \_\_\_\_\_ \*HCTO: \_\_\_\_\_ \*HB: \_\_\_\_\_

GLUCEMIA	
COLESTEROL TOTAL	
TRIGLICERIDOS	
ERITROSEDIMENTACION	
UREA	
ACIDO URICO	
AG. SUP. HEPATITIS B	
HEPATOGRAMA	
HIV	
VDRL	
TSH	
TEST DE EMBARAZO	
ANTIGENO PROSTATICO (PSA) varones > 40 años	
ORINA COMPLETA	

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL BIOQUIMICO  
 FECHA:

**RESPIRATORIO**

EXAMEN COMPLEMENTARIO: PLACA RADIOGRAFICA DE TORAX (F)  
 INFORME Y VALORACION: \_\_\_\_\_

EXAMEN COMPLEMENTARIO: ESPIROMETRIA  
 INFORME Y VALORACION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL MÉDICO  
 FECHA:



**TRAUMATOLÓGICO**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TRAUMATÓLOGO  
FECHA:

**CARDIOLÓGICO**

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 CARDIÓLOGO  
FECHA:

**NEUROLOGÍA**

EXAMEN COMPLEMENTARIO: Electroencefalograma (Con trazado e informe del neurólogo)

OBSERVACION: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL NEURÓLOGO  
FECHA:



**OFTALMOLOGÍA**

AGUDEZA VISUAL (CON O SIN CORRECCION): \_\_\_\_\_

VISIÓN CROMÁTICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL OFTALMÓLOGO  
FECHA:

**OTORRINOLARINGOLOGÍA**

EXAMEN COMPLEMENTARIO: Audiometría (con trazado e informe de ORL)  
INFORME Y VALORACION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL OTORRINOLARINGÓLOGO  
FECHA:

**GINECOLOGICO (CHEQUERA ISJ)**

EXUDADO VAGINAL \_\_\_\_\_ P.A.P: \_\_\_\_\_ EXAMEN MAMARIO: \_\_\_\_\_  
INFORME Y VALORACION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL GINECÓLOGO  
FECHA:

**PLAN DE VACUNACION (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE CARNET DE VACUNAS)**

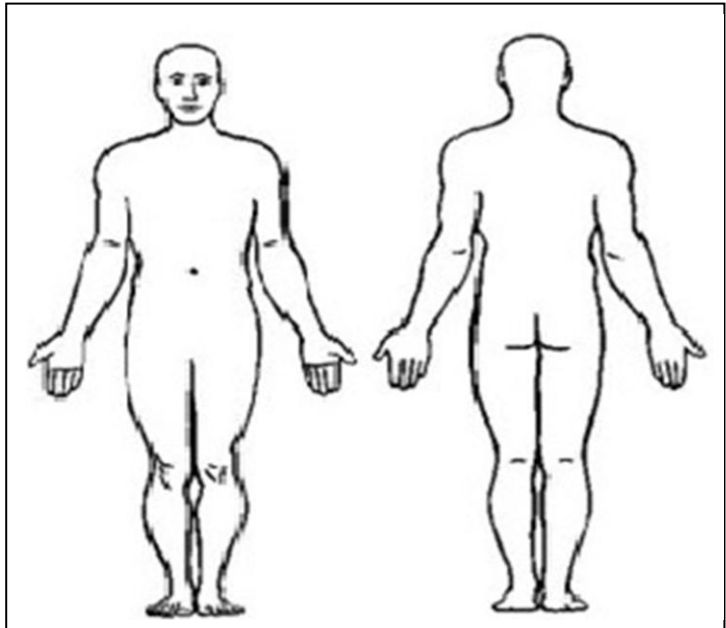
VACUNAS	1° DOSIS	2°DOSIS	3° DOSIS
CUADRIPLE - TRIPLE Y DOBLE BACTERIANA			
HEPATITIS B			
VACUNA CONTRA COVID-19			

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RESPONSABLE



**EXAMEN FÍSICO (A COMPLETAR EN SANIDAD POLICIAL)**

PESO: \_\_\_\_\_  
 TALLA: \_\_\_\_\_  
 CINTURA ABDOMINAL: \_\_\_\_\_  
 I.M.C. (30 máx./17 mín): \_\_\_\_\_  
 Observación: \_\_\_\_\_  
 PIEL Y FANERAS: \_\_\_\_\_  
 TA: \_\_\_\_\_  
 CAB: \_\_\_\_\_



TATUAJES: NO  SI   
 Cantidad: \_\_\_\_\_  
 Zona/s (marque sobre la silueta y enumere)

Tatuaje 1	Hasta 3 cm <input type="checkbox"/>	Entre 3 a 6 cm <input type="checkbox"/>	Más de 6 cm <input type="checkbox"/>
Tatuaje 2	Hasta 3 cm <input type="checkbox"/>	Entre 3 a 6 cm <input type="checkbox"/>	Más de 6 cm <input type="checkbox"/>
Tatuaje 3	Hasta 3 cm <input type="checkbox"/>	Entre 3 a 6 cm <input type="checkbox"/>	Más de 6 cm <input type="checkbox"/>
Tatuaje 4	Hasta 3 cm <input type="checkbox"/>	Entre 3 a 6 cm <input type="checkbox"/>	Más de 6 cm <input type="checkbox"/>
Tatuaje 5	Hasta 3 cm <input type="checkbox"/>	Entre 3 a 6 cm <input type="checkbox"/>	Más de 6 cm <input type="checkbox"/>

OTROS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL RESPONSABLE AUDITOR  
 FECHA:

CIRCULAR GENERAL N°09-JP/21 "(...)Se encuentra prohibido la exhibición de tatuajes realizados y visibles con el uso de todos los uniformes reglamentarios (verano e invierno, gala, social, diario, ceremonial, deportivo) en zona de manos, antebrazos, brazos, cuello, rostro, cabeza y piernas desde la mitad de muslo hasta el pie, en su defecto, deberán ser debidamente cubiertos mientras dure la actividad del servicio en la que se identifique como miembro de la institución policial (...)".-

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ APTO: \_\_\_\_\_ NO APTO: \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIÓN: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL MÉDICO AUDITOR  
 FECHA: