**ANEXO N° 02**

**EVALUACION de APTITUD PSICO-FISICA DEL ASPIRANTE A INGRESO**

INSTITUTO MILITAR DE LAS ARMAS Y ESPECIALIDADES

ESCUELA DE CAPACITACION Y PERFECCIONAMIENTO DEL PERSONAL SUB ALTERNO DE LAS ARMAS DEL EJÉRCITO

(Sgto. Francisco de los Santos)

|  |  |
| --- | --- |
| GRADO – NOMBRES Y APELLIDOS:  |  |
| C.I.: | SEXO |
| FECHA NACIMIENTO: | EDAD: |
| UNIDAD DE ORIGEN: | CIUDAD: |
| TELEFONO:  | FECHA: / /  |

**Objetivo**

Determinar la aptitud psicofísica del militar aspirante a ingreso a la E.C.P.P. Sub. A.E en relación a las exigencias físicas y psicológicas que demanda el curso al cual se inscribe.

**Justificación**

Se realiza la presente evaluación del militar para determinar si el aspirante se encuentra apto para cumplir con las demandas psicológicas y físicas del curso, sin que éstas ocasionen un riesgo para su propia seguridad y salud o la de sus camaradas.

Si bien en la normativa nacional vigente en cuanto a los criterios de aptitud para el ingreso a las Fuerzas Armadas se especifican las causales de no aptitud, el militar a lo largo de su vida puede desarrollar diferentes enfermedades o presentar condiciones que determinen limitaciones para el desempeño de actividades o tareas propias de la vida militar, y someterlo a exigencias ya sea físicas o psicológicas pueden agravar las enfermedades ya existentes u ocasionar otras.

La presente evaluación de aptitud está diagramada teniendo presente las actividades curriculares de los cursos, ya sea lo teórico como lo práctico (maniobras en campo, campañas de tiro, campañas de movimientos aeromóviles). Cabe destacar que la mayoría de las eximiciones o abandono del curso son por lesiones osteo-mio-articulares, ya que el mismo tiene actividades deportivas y maniobras que requieren alta carga física, dinámicas y estáticas, como posturas forzadas y manipulación manual de cargas.

Por tanto, realizar un exhaustivo interrogatorio de antecedentes personales y examen físico es fundamental para determinar si las enfermedades o estados que presenta el militar lo condicionan para realizar el curso.

Se recomienda al médico de la Unidad de Origen, que no solo analice la historia clínica de la Unidad, sino también la historia clínica electrónica perteneciente a la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas. Si el militar se asiste en otro Prestador de Salud, se recomienda solicitar a su médico la constancia de antecedentes personales y medicación habitual a fin de realizar una correcta evaluación del aspirante.

**Marco Legal Vigente**

* *Ley 18331. Art. 1; Art. 4 lit. e; Art. 19.* “Ley de Protección de Datos Personales”.
* *Ley 19286. Art. 3, lit. e; Art. 20; 21; ;22; 25; 78.* “Aprobación del Código de Etica Médica”
* *Decreto Nº 263/999*. “Reglamento del Examen de Reconocimiento Médico para determinar la Aptitud para Ingreso a las Fuerzas Armadas del Personal Subalterno Combatiente y de los Servicios Generales”
* *Decreto Nº 274/017*. “Reglamentación del Art. 447 de la Ley 18719, relativo actualización de la normativa relacionada con el Control de Salud (Ex Carné de Salud) que se otorga a la población en general y a las personas que practican deportes federados”
* *Decreto Nº 408/021*. “Supresión de causal de “No Aptitud” y de exclusión, para el ingreso a las Fuerzas Armadas, Instituciones y Escuelas de Formación de Oficiales, para ambos sexos, el ser portador de VIH”.
* *Ordenanza Ministerio Defensa Nacional 123/2021*. “La Enfermedad Celíaca no constituirá causal de “No Aptitud” o de exclusión para el ingreso a las Fuerzas Armadas, a Instituciones integrantes de éstas y a las Escuelas de Formación de Oficiales”.

**ANAMNESIS**

**Fecha:**  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

**CARDIOVASCULAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hipertensión Arterial** | Si | No | **Tratamiento:**  |
| **Adherencia al Tratamiento:** |
| **Cardiopatía Isquémica** | Si | No | **Detalle la patología:** |
| **Arritmias** | Si | No | **Tratamiento:**  |
| **Valvulopatías** | Si | No | **Tratamiento:**  |
| **Patología Cardiaca Congénita** | Si | No | **Cual:** |
| **Tratamiento:**  |
| **Patología Vascular Miembros Inferiores** | Si | No | **Cual:** |
| **Tratamiento:**  |

**METABOLICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diabetes** | Si | No | **Tratamiento:** |
| **Adherencia al Tratamiento:** |
| **Patología Tiroidea** | Si | No |  |
| **Hipotiroidismo** | Si | No | **Medicación Diaria:** |
| **Dislipemias**  | Si | No | **Tratamiento:** |
| **Obesidad**  | Si | No |  |

**RESPIRATORIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Asma** | Si | No | **Clasificación:** |
| **Desencadenantes:** |
| **Medicación y Frecuencia:** |
| **Ultima Crisis:** |
| **Bronquitis Crónica**  | Si | No |  |
| **Rinitis Crónica** | Si | No | **Tratamiento Diario:** |
| **Rinitis Alérgica Estacional** | Si | No | **Tratamiento:** |
| **Sinusitis Crónica**  | Si | No | **Tratamiento:** |
| **Neumotórax**  | Si | No | **Causa:** |
| **EPOC** | Si | No |  |
| **Otras** | Si | No |  |

**DIGESTIVO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gastritis** | Si | No | **Tratamiento Diario:** |
| **Tratamiento en empujes:** |
| **Ulcera Digestiva**  | Si | No | **Fecha:** |
| **Litiasis Vesicular** | Si | No |  |
| **Pancreatitis** | Si | No | **Fecha:** |
| **Hepatitis** | Si | No | **Tipo:** |
| **Fecha:** |
| **Enfermedad Celíaca**  | Si | No |  |
| **Colon Irritable**  | Si | No | **Tratamiento:** |
| **Hemorroides** | Si | No | **Medicación Diaria:** |
| **Cantidad de Crisis en el último año:** |

**NEFROUROLÓGICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Urolitiasis**  | Si | No | **Tratamiento:** |
| **Nefropatías** | Si | No | **Cuales:** |
| **Tratamiento:** |
| **Patología Testicular**  | Si | No |  |

**NEUROLOGICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Epilepsia** | Si | No | **Tratamiento Diario:** |
| **Desencadenante:** |
| **Ultima Crisis:** |
| **Accidente Cerebro Vascular** | Si | No | **Fecha:** |
| **Causas:** |
| **Secuelas:** |
| **Perdida de Conocimiento** | Si | No | **Tipo:** |
| **Causa:** |
| **Migraña** | Si | No | **Desencadenante:** |
| **Tratamiento:** |
| **Ultima Crisis:** |
| **Vértigo** | Si | No | **Desencadenante:** |
| **Tratamiento diario/empujes:**  |
| **Ultima Crisis:** |
| **Tics-Tartamudez** | Si | No |  |
| **Neuropatías** | Si | No |  |

**OSTEO-MIO-ARTICULAR**

**Patologías (columna vertebral, tendinitis, túnel carpiano, pie plano, talalgias, metatarsalgias, otras)**

**Lesiones (esguinces, luxaciones, fracturas, desgarros musculares, roturas tendinosas, otras)**

Detalle la fecha, tipo de lesión, secuelas:

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

**DERMATOLOGICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lesiones Crónicas en Piel** | Si | No | **Tratamiento:** |
| **Cual:** |
| **Tatuajes** | Si | No | **Dónde:** |
| **Micosis actual** | Si | No | **Tratamiento:** |

**OFTALMOLÓGICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Usa Lentes**  | Si | No | **Dónde:** |
| **Cataratas** | Si | No |  |
| **Glaucoma** | Si | No | **Tratamiento:** |
| **Otras patologías**  | Si | No | **Cual:** |

**OTORRINOLARINGOLOGICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Acufenos** | Si | No | **Desencadenante:** |
| **Patología Timpánica**  | Si | No |  |
| **Otitis Crónica** | Si | No | **Tratamiento:** |
| **Hipoacusia y/o Sordera** | Si | No | **Izq.-Der.:** |
| **Causa:** |
| **Usa Audifonos:** |

**HEMATOLOGICAS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patología y Tratamiento** | Si | No |  |

**AUTOINMUNE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patología y Tratamiento** | Si | No |  |

**ONCOLOGICO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo** |  |
| **Fecha** |  |
| **Tratamiento recibido/actual** |  |
| **Secuelas** |  |
| **Recomendaciones por médico tratante** |  |

**ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sífilis** | Si | No | **Fecha:** |
| **Actualmente en tratamiento:** |
| **Portador de VIH** | Si | No |  |
| **Carga Viral** | Si | No |  |

**ADICCIONES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alcoholismo**  | Si | No |  |
| **Drogas psicoactivas**  | Si | No | **Cuáles:** |
| **Fumador** | Si | No |  |

**PSIQUIATRICO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Depresión**  | Si | No | **Actual-fecha:** |
| **Ansiedad** | Si | No | **Actual-fecha:** |
| **Ataques de pánico**  | Si | No | **Actual-fecha:** |
| **Comportamiento Violento** | Si | No |  |
| **Intento de autoeliminación**  | Si | No | **Causa:** |
| **Tratamiento Psicológico actual** | Si | No |  |
| **Medicación Actual** | Si | No |  |
| **Otras patologías**  | Si | No |  |

**OTRAS PATOLOGIAS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hernias/Eventraciones** | Si | No | **Tipo:** |
| **Tamaño:** |
| **Usa Faja:** |
| **Dolor Crónico** | Si | No | **Causas:** |
|  |  | **Tratamiento recibido/actual:** |
| **Alergias** | Si | No | **Medicamentos:** |
| **Alimentos:** |
| **Respiratoria:** |
| **Cutánea:**  |

**GINECO-OBSTÉTRICOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Embarazos** | Si | No | **Fecha de último embarazo:**  |
| **Parto vaginal-Cesárea:** |
| **Menstruaciones**  | Si | No | **Regulares-Irregulares:** |
| **Dismenorrea invalidante** | Si | No |  |
| **Hipermenorrea-menorragias** | Si | No |  |

**CIRUGÍAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** |  |
| **Tipo de Cirugía**  |  |
| **Secuelas** |  |

**MEDICACION, SUPLEMENTOS, HOMEOPATÍA que consuma actualmente y no haya sido escrita anteriormente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**EXIMICIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de eximición**  |  |
| **Causas** |  |
| **Días de ausentismo laboral en 2023** |  |

**Aspirante a Ingreso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaro que presento las enfermedades y/o condiciones relatadas anteriormente y las que figuran en la historia clínica.**

Grado: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contrafirma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMISIONES MÉDICAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Expediente en estudio** | Si | No | **Causa:** |
| **Expediente Terminado**  | Si | No | **Resolución:** |

**OBSERVACIONES / CONSIDERACIONES:**

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

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

**EXAMEN FISICO**

**Fecha:**

Aclaración: Si no encuentra alteraciones se puede escribir en el ítem “Normal”

Peso:……………..Kgs. Talla:…………… I.M.C: ………………………..

Presión Arterial: …………………….. Pulso: ……………………………………

Piel y Mucosas (detalle zona de tatuajes): ………………………………………

Buco-Faringe: ………………………………………………………………………

Cuello:………………………………………………………………………………..

Linfoganglionar: ……………………………………………………………………..

Aparato Cardiovascular:……………………………………………………………

Aparato Respiratorio:……………………………………………………………….

Abdomen:…………………………………………………………………………….

Hernias:……………………………………………………………………………….

Fosas Lumbares:…………………………………………………………………….

Sistema osteo-mio-articular: ……………………………………………………….

Sistema venoso: …………………………………………………………………….

Aparato genital:………………………………………………………………………

Sistema nervioso:…………………………………………………………………….

Observaciones:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VACUNACION ANTIGRIPAL AÑO 2023** | **SI** | **NO** |
| (marque con una cruz lo que corresponde) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VACUNADO/A CONTRA COVID 19** | **SI** | **NO** |
| (marque con una cruz lo que corresponde) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HA PRESENTADO SINTOMAS DE COVID 19 ENLOS ULTIMOS 14 DÍAS.** | **SI** | **NO** |
| (marque con una cruz lo que corresponde) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APTO PARA REALIZAR CURSO EN LA E.C.P.P. Sub. A.E** | **SI** | **NO** |
| (marque con una cruz lo que corresponde) |  |  |

El Jefe del Servicio Médico del Centro de Atención de Unidad.
Grado:\_\_\_\_\_\_

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contrafirma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Resolución de Aptitud Final del aspirante a ingreso otorgada por el Jefe del Servicio Médico del I.M.A.E.**

APTO:

APTO CON RECOMENDACIONES:

NO APTO:

Fecha:\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Grado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contrafirma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_