

ANEXO N° 01

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 Ética Médica”
- *Decreto N° 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 N° 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 N° 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 Cardíaca 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:
Úlcera 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

Acúfenos	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 ANTIGRI PAL 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 EN LOS 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: _____