





Otros estudios en el país o en el extranjero:(2) .....	(2)Consignar dónde, nivel que alcanzó y título obtenido.
Año aprobado(sin adeudar materias).....	Año que cursa:.....
Idiomas que habla .....	Lee: .....Escribe:.....
Trabaja: SI – NO, Efectivo o Temporario / Donde:.....	
Dirección:.....	CP:.....Localidad:.....Provincia:.....
Puesto o tarea que desempeña /ba:.....	Antigüedad:.....Meses:.....
Causa de cese:.....	
Sistema Previsional afiliado:.....	

Solicitó la incorporación en otras oportunidad es al Instituto u organismo del Ejército Argentino: SI-NO ¿Cuántas veces?: ..... En qué año/s: .....
¿Estuvo incorporado anteriormente en otra Fuerza Armada o de Seguridad?:SI-NO ¿Cuál?..... En carácter de: .....
Motivo de la baja:.....
Solicito ingresar al Servicio Militar Voluntario:.....Cuándo:.....Dónde:.....
Unidad más próxima a su domicilio: .....

<b>Datos de personas mayores de edad que no sean parientes y puedan informar sobre el postulante:</b>		
Apellido:		
Nombres:		
Ocupación:		
Domicilio:		
Tiempo de trato:		
Motivaciones que indujeron a su incorporación:..... .....		

<b>AFILIACIONES A ORGANIZACIONES:</b>	
Deportivas:	
Culturales:	
Otras:	

<b>DATOS DE LOS PADRES:</b>		
<b>DATOSPERSOANALES</b>	<b>PADRE</b>	<b>MADRE</b>
Apellido:		
Nombres:		
Fecha de nacimiento:		
Edad:		
Nacionalidad:		
Naturalizado y país de origen:		
¿Vive?:		
Domicilio actual:		
Localidad–provincia:		
<b>DATOS PERSONALES</b>	<b>PADRE</b>	<b>MADRE</b>
Código postal:		

Carta de ciudadanía:		
Pasaporte Nro.		
<b>PROFESIÓN O EMPLEO</b>		
Si es profesional, título:		
Si es empleado, actividad o ramo		
Tareas que desempeña:		
Comerciante– Industrial (tipo de Comercio–Industria)		
Propietario–Socio:		
Teléfono del lugar de trabajo		
<b>SI ES MILITAR:</b>		
Grado, Arma o Servicio:		
Situación de revista actual:		
Destino, Cargo:		
<b>SI ES EMPLEADO /A CIVIL DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>		
Organismo en que presta servicio		
Categoría:		
Puesto que desempeña:		
<b>OTROS DATOS DE INTERÉS</b>		
Otras ocupaciones:		

<b>HERMANOS</b>				
Apellido:				
Nombres				
Edad:				
Estado civil:				
Ocupación o estudios				
Empleado de o año que cursa:				
<b>HERMANOS</b>				
Apellido:				
Nombres				
Edad:				
Estado civil:				
Ocupación o estudios				
Empleado de o año que cursa:				
<b>DE LOS ABUELOS</b>				
<b>PATERNOS</b>				
	ABUELO		ABUELA	

Apellido:		
Nombres:		
¿Vive?:		
	<b>MATERNO</b>	
	ABUELO	ABUELA
Apellido:		
Nombres:		
¿Vive?:		

<b>DEL TUTOR O APODERADO</b>	
Apellido:	Nombres:
Edad:	Nacionalidad:
Domicilio:	Localidad:
Provincia:	Código Postal:
DNI Tipo/ Nro:	Teléfono:
Profesión:	
Grado de parentesco con interesado/a:	

**NOTA:**  
**LA PRESENTE DEBE SER LLENADA EN TODAS SUS PARTES. DONDE NO HAYA QUE ESCRIBIR, SE CERRARA CON UNA RAYA.**  
**LA SOLICITUD O DOCUMENTO INCOMPLETO, SERA RECHAZADO.**

**DECLARACIÓN JURADA:**

**Declaro/amos bajo juramento, firmando de conformidad, estar en un todo de acuerdo con las obligaciones contenidas en el presente documento y anexos, que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mi/nuestro leal saber y entender. Asimismo, me/nos notifico/amos que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión, dará lugar a las acciones legales que correspondan, así como también que estoy/amos obligado/s a informar toda modificación que se produzca en el futuro, dentro de los 7 días hábiles subsiguientes. Además, autorizo/amos de acuerdo al Art 51 del Código Penal (Ley 23.057) a recabar**

Lugar y fecha:.....

.....  
**Firma del interesado/a**

Certificación de firma:(Debe ser certificada por una autoridad militar, judicial o policial).

Certifico que la firma que antecede ha sido puesta de puño y letra por el causante ante mi presencia.

.....  
Firma de la autoridad que certifica



## HISTORIA FAMILIAR

¿Tiene o han tenido sus parientes algunas de las enfermedades que se enumeran a continuación? En caso afirmativo indique quién con una X

ENFERMEDAD	PARIENTES VIVOS			CAUSAS	EDAD
	PADRE	MADRE	HERMANOS		
Artritis o Reumatismo					
Asma bronquial					
Cáncer					
Diabetes					
Afecciones cardíacas					
Hipertensión					
Enf. Renal (urinaria)					
Úlcera estómago o duodeno					
Tuberculosis					
Enf. Mentales					
Gripe A					
Coronavirus					

### TIENE O HA TENIDO USTED ALGUNA VEZ (Marque con una X)

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Mareos o desmayos			Enfermedad de la piel			Úlcera gástrica/duodenal.		
Nerviosismo excesivo			Trastornos en los ojos o dificultades en la visión			Ictericia		
Convulsiones			Distingue los colores			Trastornos digestivos		
Dolores de Cabeza frecuentes			Sordera o disminución de audición			Acidez		
Pesadilla Insomnio			Supuración de oídos			Glucosa/ albúmina en orina		
Pérdida de memoria			Vértigo o mareos			Hernias		
Neuritis o neuralgia			Resfríos frecuentes			Hemorroides		
Reumatismo			Dentadura en mal estado			Fracturas o luxaciones		
Poliomielitis			Amigdalitis			Articulaciones dolorosas o hinchadas		

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Brucelosis			Tos crónica			Dificultades al orinar o sangre en la orina		
Depresión			Sinusitis			Dolores en pies o pie plano		
Paludismo			Sangre en el esputo			Dolores en la rodilla		
Fiebre reumática			Sudores nocturnos			Dolor de espalda cintura o ciática		
Enf (s) venéreas			Tuberculosis			Dolor en el hombro		
Anemia			Trastornos en la voz			Várices		
Cáncer u otro tumor			Dolores de pecho			Desviación de columna		
Enf. Cardíaca			Falta de aire			Enf (s) nerviosas		
Urticaria			Palpitaciones del corazón			Sepsicoanaliza		
Asma			Presión sanguínea			Trastornos menstruales		
Sufrió asma de chico			Sífilis			Dolor menstrual		
Bronquitis			Alergia			Menstruaciones fuera de ciclo		
Pleuresía			Diabetes			Ausencia de menstruación		
Neumotórax			Cálculos			Abortos		
Enf de Chagas			Enf (s) génito-urinarias			Patologías mamarias		
Epilepsia odisritmia			Hemorragias			Hepatitis(cuales)		
Traumatismo decráneo			Recibió transfusiones de sangre			Fecha última menstruación		
Gripe A			Coronavirus(COVID-19)			Medicamentos que toma		

## OPERACIONES

HA SIDO OPERADO DE	SI	NO	AÑO	OTRAS OPERACIONES	AÑO
Amígdalas					
Apendicitis					
Hernia					
Hemorroides					
Mioma uterino					
Quiste de ovario					
Nódulo de mama					




## HÁBITOSTÓXICOS

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Consumió o consume drogas</b>		

En caso afirmativo mencione el nombre de las mismas:

.....  
 .....

<b>Si fue droga dependiente, fue asistido en algún centro de rehabilitación</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>En caso afirmativo mencione el nombre del mismo:</b>		
<b>Tiene antecedentes penales por esta causa.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Tiene antecedentes familiares por esta causa.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

REQUISITOS	FIGURA	CONTESTELASPREGUNTAS			
No podrán exhibirse tatuajes: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Obscenos, ofensivos o indecentes</b>, prescindiendo del lugar del cuerpo donde se encuentren, por ser contrario a los valores que sustenta la Institución.</li> <li>✓ <b>Atentatorios a valores institucionales</b>, virtudes militares, concepto de autoridad o disciplina.</li> <li>✓ <b>Faciales</b> de cualquier índole y/o tamaño, por alterar la identificación fisonómica.</li> <li>✓ <b>En segmentos completos del cuerpo</b> y/o aquellos que superen el cincuenta por ciento de éste(antebrazo, brazo, espalda, tórax, muslo y pierna).</li> <li>✓ Marcas y dibujos muy llamativos y/o coloridos que, aunque pequeños, deberán ser debidamente cubiertos mientras dure la actividad del servicio que corresponda.</li> </ul>		<b>¿Tiene tatuajes en el cuerpo?</b>			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>		
		<b>¿Cuántos tiene tatuados?</b>			
		<b>¿Qué dimensiones tienen?</b>			
		<b>¿Alguno reúne los requisitos establecidos en la columna de la izquierda</b>			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>		
				<b>Con un círculo, marque en la figura los lugares donde se encuentran el o los tatuajes</b>	

**Declaro bajo juramento que mis respuestas son verdaderas y faculto a la autoridad militar sanitaria correspondiente a requerir cualquier otro dato al respecto.**

**Asimismo, presto mi expresa conformidad para que se efectúen estudios hematológicos, radiológicos, etc que las autoridades militares sanitarias consideren necesarios para la clasificación final de aptitud.**

**Nombres y Apellido/s:**.....

**Lugar y fecha:**.....

.....  
**Firma, aclaración y  
 DNI del postulante**

**RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE LOS MEDICOS  
HISTORIA CLÍNICA**

Aspecto general: Defectos físicos: Estatura:                      Peso:                      Temp: Piel y cel subcutáneo: Ganglios: Bucodental: Oído(supuraciones): Ruidos cardíacos: Soplos: Pulso radial y periférico: Tensión arterial:	Várices: Tórax: Abdomen: Hígado–Bazo–Riñón: Hernias abdominales o inguinales: Testículos:(Varicocele–Hidrocele): Hemorroides-Fístulas: Columna vertebral: Ext Sup e Inferiores: Sistema nervioso:
--	--

**HISTORIA GINECOLÓGICA**

Ritmo menstrual: Embarazos: Ginecopatías:	Le obligan a guardar reposo: SI – NO: Complicaciones post - parto o aborto: Glándula mamaria:
---	---

**RESUMENANTECEDENTES**

**CONCLUSIONESEXÁMENESCLÍNICOS**

Lugar y Fecha.....

**Firma, aclaración y sello del médico examinador**  
.....

Consignar todo otro hallazgo anormal o patológico que presente el postulante (como ser cicatrices, tatuajes, soplos, desviaciones de columna, visceromegalias, etc.):

.....  
.....

**NOTA: En caso de ser clasificado “No Reúne el Perfil” o “Condicional”, la causa determinante deberá ser comunicada al postulante por escrito con la firma del facultativo interviniente:**

Lugar y Fecha:.....

.....  
Firma del postulante

.....  
Firma del Presidente de la Junta de Reconocimiento

Aclaración:.....  
DNI:.....  
Fecha:.....