

## SOLICITUD DE INGRESO

.....,..... de..... de 20.....

(Lugar y Día)

Sr. Director del LICEO NAVAL

Por este medio, le solicito me acepte como postulante, a fin de rendir los exámenes correspondientes para mi incorporación como aspirante a cadete, para lo cual cuento con el consentimiento de mi/s .....<sup>1</sup> .. que firma/n conmigo.

### 1. DATOS DEL CANDIDATO:

Apellidos. y nombres (completos según partida de nacimiento) .....

.....

Lugar de nacimiento .....

Localidad.....Pcia.....

Fecha de Nacimiento: .....

Tipo y número de documento .....

CUIL N°.....

Domicilio: Calle..... N° .....

Teléfono..... Código Postal.....

Localidad..... Provincia:.....

Estudio que cursa o ha cursado.....

Establecimiento de donde proviene.....

El Establecimiento es (estatal/ privado)<sup>1</sup> y está situado en la calle .....

..... N°.....

Localidad: ..... Provincia.....

Cobertura Médica.....N°.....

2. **DATOS DEL PADRE:**<sup>2</sup> Vive:  Si  No *(tachar lo que no corresponda)*

Apellidos y nombres (completos).....

Domicilio..... Teléfono.....

Teléfono Laboral..... Teléfono Celular .....

E – mail.....

Localidad..... C.P .....

Provincia..... Nacionalidad.....

Por Opción/ Naturalización<sup>3</sup> Fecha de nacimiento..... Lugar.....

Edad..... Tipo y número de documento.....

CUIL N°.....

Nivel de Estudios: Primario (SI / NO)..... Secundario ( SI /NO).....

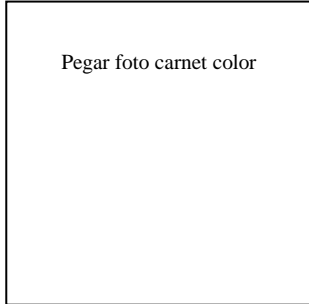
Otros (Terciario / Universitario).....

Ocupación..... Cargo o función.....

<sup>1</sup> Padres o titular de la patria potestad o tutor legal.

<sup>2</sup> Estos datos no deben OMITIRSE ni aún en el caso que hubiera fallecido o estén divorciados, separados o madre soltera.

<sup>3</sup> Tachar lo que no corresponda



Si es extranjero, fecha de entrada al país..... Fecha de otorgamiento de la nacionalidad.....

3. **DATOS DE LA MADRE:**<sup>4</sup> Vive:  Si  No (tachar lo que no corresponda)

Apellidos y Nombres (completos).....

Domicilio..... Teléfono.....

Teléfono Laboral..... Teléfono Celular.....

E – mail.....

Localidad ..... C.P .....

Provincia..... Nacionalidad.....

Por Opción/ Naturalización<sup>5</sup> Fecha de nacimiento.....Lugar.....

Edad..... Tipo y número de documento.....

CUIL N°.....

Nivel de Estudios: Primario (SI / NO)..... Secundario ( SI /NO).....

Otros (Terciario / Universitario).....

Ocupación..... Cargo o función.....

Si es extranjero, fecha de entrada al país.....Fecha de otorgamiento de la nacionalidad.....

4. **DATOS DEL TUTOR/ A DESIGNADO/A:**

Apellidos y Nombres (completos).....

Domicilio..... Teléfono.....

Teléfono Laboral..... Teléfono Celular.....

E – mail.....

Localidad ..... C.P .....

Provincia..... Nacionalidad.....

Por Opción/ Naturalización<sup>6</sup> Fecha de nacimiento.....Lugar.....

Edad..... Tipo y número de documento.....

C.I N°..... Exp. Por Policía:.....

Nivel de Estudios: Primario (SI / NO)..... Secundario ( SI /NO).....

Otros (Terciario / Universitario).....

Ocupación..... Cargo o función.....

Si es extranjero, fecha de entrada al país.....Fecha de otorgamiento de la nacionalidad.....

**NOTA: se deberá presentar constancia legal de la designación del tutor.**

<sup>4</sup> Estos datos no deben OMITIRSE ni aún en el caso que hubiera fallecido o estén divorciados o separados.

<sup>5</sup> Tachar lo que no corresponda

<sup>6</sup> Tachar lo que no corresponda

**5. DATOS DE LOS HERMANOS**

Apellidos y Nombres

Edad

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Saludo al señor Director muy atentamente.

.....  
Firma del candidato

.....  
Firma de la madre

.....  
Firma del padre

.....  
Firma del tutor

## **ANEXO N° 2: ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN PERSONAL Y MÉDICA**

**ANTES DEL 30 de noviembre**

### **DOCUMENTACIÓN PERSONAL**

**(Se debe presentar fotocopia autenticada en los casos que se indique)**

1. Formulario de “Solicitud de ingreso” y “Obligación que contraen los Padres” con Anexos COMPLETOS y FIRMADOS por ambos padres o tutor legal. En caso de estar divorciados o ser familia uniparental, se deberá presentar la Tenencia legal del postulante. Cuando el padre y/o madre hayan fallecido, presentar fotocopia autenticada del acta de defunción.
2. En caso de presentar un tutor, deberá entregar el Certificado Legal correspondiente.
3. Tres (3) fotos carnet fondo blanco.
4. Fotocopia autenticada de partida de nacimiento.
5. Fotocopia Anverso y Reverso Tarjeta DNI, o fotocopia de 1era, 2da y cambio de Domicilio de la Libreta DNI.
6. Constancia de alumno regular original.
7. Fotocopia autenticada de los dos últimos boletines de calificaciones COMPLETOS, FIRMADOS y SELLADOS: (Fecha tope de entrega: inicio del Período de Adaptación)
  - 7.1. Para 1er año: Boletín de 6to y 7mo grado o 1er año ESB.
  - 7.2. Para 2do año: Boletín de 7mo o 1ero ESB y 8vo año o 2do ESB
8. Certificado de aprobación del séptimo grado, primer año u octavo año EGB según corresponda.

### **DOCUMENTACIÓN MÉDICA**

1. Planilla de Examen de Aptitud Psicofísica para el ingreso. ( firmada por el médico de cabecera)
2. Ficha de anamnesis autoadministrada.
3. Análisis de rutina: hemograma completo, grupo sanguíneo, eritrosedimentación, urea, creatinina, glucemia, hepatograma, orina completa.
4. Radiografía de tórax: frente y perfil, con informe médico.
5. Electrocardiograma con informe médico.
6. Ergometría con informe médico.
7. Certificado buco-dental.
8. Audiometría informada.
9. Evaluación oftalmológica. Visión cromática.
10. Informe Psicopedagógico.
11. Fotocopia del Certificado de vacunación (Hepatitis B, Triple viral (SRP), Triple Bacteriana (dTpa), VPH (solo niñas).
12. Fotocopia del carnet de la obra social o prepaga en caso de poseerlo.

***OBSERVACIONES: la documentación solicitada en el presente cuadernillo podrá ser presentada hasta el día 29 de noviembre del corriente año, de lo contrario, se anulará la inscripción de su hija/o.***

.....  
Firma y aclaración del padre y madre  
Tomado conocimiento

# FICHA DE ANAMNESIS AUTOADMINISTRADA

## 1. Datos personales

Numero de historia clínica .....

Apellido y nombres del Aspirante: .....

Fecha de nacimiento...../...../..... Edad ..... años Sexo: Masc.  Fem.

Domicilio ..... Localidad ..... Tel .....

Actividad física o deporte que practica .....

Antigüedad en esta actividad a) meses..... b) años .....

Institución donde realiza la misma .....

## 2. Antecedente personales fisiológicos

Marcar el casillero correspondiente

Grupo sanguíneo y RH: .....

2.1. Embarazo normal ..... SI  NO

2.2. Parto normal ..... SI  NO   
por cesárea ..... SI  NO

2.3. Nacido a término ( 9 meses de embarazo ) ..... SI  NO

2.4. Caminó entre los 9 y 15 meses ..... SI  NO

2.5. Dejó de usar pañales a los.....años

2.6. Escolaridad normal ..... SI  NO

2.7. Vivienda rural ..... SI  NO   
urbana ..... SI  NO   
casa ..... SI  NO   
departamento ..... SI  NO

2.8. En las niñas, edad de la menarca (1ª menstruación) a) años..... b) meses .....

2.9. Vacunas:

BCG ..... SI  NO

Sabín ..... SI  NO

Triple (DPT) ..... SI  NO

Doble (DT) ..... SI  NO

Antitetánica ..... SI  NO

Antisarampionosa ..... SI  NO

Triple viral ..... SI  NO

Varicela ..... SI  NO

HIB (Vacuna contra el *Haemophilus influenzae* tipo B) ..... SI  NO

Anti – hepatitis A ..... SI  NO

Anti – hepatitis B ..... SI  NO

VPH (solo niñas) ..... SI  NO

Otras (anotar nombre y cantidad de dosis) .....

.....

Anotar si alguna vacuna no se completo .....

.....

### 3. Antecedentes personales patológicos (*enfermedades padecidas*)

Marcar el casillero correspondiente

#### 3.1. Enfermedades de la infancia:

- |                          |    |                          |    |                          |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Sarampión.....           | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Rubéola .....            | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Varicela.....            | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Paperas .....            | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Escarlatina .....        | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis .....          | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre reumática.....    | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Glomerulonefritis .....  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Otras, especificar ..... |    |                          |    |                          |
| .....                    |    |                          |    |                          |

#### 3.2. Enfermedades crónicas:

- |                                 |    |                          |    |                          |
|---------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Diabetes .....                  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Asma.....                       | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades renales.....       | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades de la sangre ..... | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades reumáticas .....   | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Lupus eritematoso .....         | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Obesidad .....                  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

#### 3.3. Enfermedades del corazón:

- |   |    |                          |    |                          |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Cardiopatías congénitas (de nacimiento) ..... | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Hipertensión arterial (tensión alta) .....    | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Soplos .....                                  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Arritmias .....                               | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Mareos o desmayos al hacer ejercicios .....   | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Dolor en el pecho .....                       | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

#### 3.4. Enfermedades respiratorias:

- |                               |    |                          |    |                          |
|-------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Sinusitis .....               | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Otitis a repetición .....     | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Bronquitis a repetición ..... | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Neumonía .....                | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Derrame pleural .....         | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Neumotórax .....              | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

#### 3.5. Enfermedades de los huesos, músculos y articulaciones:

- |                             |    |                          |    |                          |
|-----------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Desgarros musculares .....  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Esguinces .....             | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Roturas de ligamentos ..... | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Fracturas .....             | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
- (Especificar tipo y localización, tiempo de inactividad y si hubo o no rehabilitación)
- .....
- .....

Cirugías (especificar tipo y localización) .....  
.....

Marcar el casillero  
correspondiente

Problemas en la columna (escoliosis o lordosis, etc.) ..... SI  NO

Problemas con los pies (pie plano, cavo, etc.) ..... SI  NO

3.6. Enfermedades del sistema nervioso:

Mareos en reposo ..... SI  NO

Desmayos en reposo ..... SI  NO

Convulsiones ..... SI  NO

Convulsiones después del ejercicio ..... SI  NO

Traumatismo de cráneo con internación ..... SI  NO

3.7. Enfermedades del aparato digestivo:

Diarrea crónica ..... SI  NO

Gastritis ..... SI  NO

Úlceras ..... SI  NO

Parásitos ..... SI  NO

Otras, especificar .....

.....

3.8. Enfermedades de la piel .....

.....

.....

3.9. ¿Usa prótesis dentales? ..... SI  NO

¿Usa aparatos de ortodoncia? ..... SI  NO

3.10. Enfermedades de los ojos:

¿Usa anteojos? ..... SI  NO

¿Usa lentes de contacto? ..... SI  NO

3.11. Alergia (especificar) medicamentos, alimentos, picaduras de insectos .....

.....

.....

3.12. ¿Está tomando medicamentos? ..... SI  NO

Especificar nombres .....

.....

3.13. ¿Ha estado internado alguna vez? ..... SI  NO

Especificar en caso positivo .....

.....

3.14. ¿Ha sido operado? ..... SI  NO

Especificar causas en caso positivo .....

.....

.....

**4. Antecedentes hereditarios (padre, madre, abuelos, tíos)**

Marcar el casillero  
correspondiente

- 4.1. Enfermedades del corazón ..... SI  NO
- 4.2. Antecedente familiar por muerte súbita, en menores de 50 años (sin causa aparente) ..... SI  NO
- 4.3. Hipertensión arterial ..... SI  NO
- 4.4. Asma bronquial ..... SI  NO
- 4.5. Enfermedades metabólicas:
- Diabetes ..... SI  NO
- Obesidad ..... SI  NO
- Colesterol ..... SI  NO
- Otras, especificar .....
- .....
- 4.6. Enfermedades alérgicas ..... SI  NO
- 4.7. Enfermedades de la sangre:
- Anemia ..... SI  NO
- Hemofilia ..... SI  NO
- Leucemia ..... SI  NO
- 4.8. Enfermedades del sistema nervioso:
- Convulsiones ..... SI  NO
- Epilepsia ..... SI  NO ras
- .....
- .....

5. **¿Cree usted que su hijo/a pueda realizar actividad física?** ..... SI  NO

**OBSERVACIONES:** Especificar cualquier alteración no listada: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Firma de los padres, o tutores

.....  
Aclaración de la firma





## ARMADA ARGENTINA

### LICEO NAVAL MILITAR "ALMIRANTE GUILLERMO BROWN"

#### EXAMEN DE APTITUD PSICOFÍSICA PARA EL INGRESO

Apellido/s y Nombres:

.....DNI.....

1. EXAMEN CLINICO:

PESO: ..... EDAD: ..... TALLA: .....

PESO SOBRE LO NORMAL: ..... PESO BAJO LO NORMAL: .....

Observaciones: .....

2. OBSERVACIONES CLINICAS

**SI/NO**

CICATRIZ .....	ESTRABISMO.....
Genu varo/valgo.....	Todos los dedos.....
Pies Planos .....	Cicatrices.....
Varicocele .....	Epi/hipospadías.....
Hemorroides.....	Tartamudez.....
QDSC.....	Sibilancias.....
Columna Desviada.....	Tatuajes.....
Soplos Cardíacos.....	Nariz Desviada.....
Várices.....	Alergia.....
Arritmias.....	Cefaleas.....
Hernias.....	Operaciones.....
	Otras.....

3. EXAMEN DE OFTALMOLOGIA:

O.D.: ..... O.I.: ..... VISION  
CROMATICA.....  
Observaciones:

4. ELECTROCARDIOGRAMA (Con Informe Médico):

APTO - INEPTO (Tachar lo que no corresponda)  
Observaciones:

5. ERGOMETRIA ((Con Informe Médico):

APTO - INEPTO (Tachar lo que no corresponda)  
Observaciones:.....

6. ODONTOLOGIA:

APTO - INEPTO (Tachar lo que no corresponda)

7. CATASTRO (RADIOGRAFIA DE TORAX CON INFORME)

APTO - INEPTO (Tachar lo que no corresponda)

Observaciones:

8. AUDIOMETRIA:

Pérdida Estimada:

OD.....% APTO - INEPTO (Tachar lo que no corresponda)

OI.....%

BA.....%

Observaciones:

9. LABORATORIO:

Grupo sanguíneo: A B AB o FACTOR Rh - +

APTO - INEPTO (Tachar lo que no corresponda)

OBSERVACIONES:

10. INFORME FINAL:

APTO - INEPTO (Tachar lo que no corresponda)

Lugar y fecha: .....

.....  
FIRMA Y SELLO ACLARACIÓN

Tomado conocimiento:

.....  
Firma y Sello aclaración  
Jefe Sanidad / Jefe Servicio Aptitud

**OBSERVACIONES:**