

**ANEXO III**

Hoja 1

**SOLICITUD DE EXAMEN**

<b>CÓDIGO</b>					

<b>DATOS PERSONALES</b>	<b>APELLIDO y NOMBRES</b>					
	<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>					
	<b>TIPO</b>	<b>NUMERO</b>		<b>AUTORIDAD QUE LO EXPIDIÓ</b>		
	<b>NACIMIENTO</b>			<b>NACIONALIDAD</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	
	<b>LUGAR</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>		
	<b>DOMICILIO</b>					
	<b>CALLE</b>		<b>NUMERO</b>	<b>LOCALIDAD</b>		
	<b>SERVICIO MILITAR</b>					
	<b>Cumplido</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>CAUSALES DE EXIMICION</b>		

<b>DATOS LABORALES</b>	<b>MINISTERIO:</b>			
	<b>REPARTICION:</b>			
	<b>TAREAS QUE REALIZA:</b>			
	<b>Cate- goría</b>	<b>INGRESO</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>

<b>OTROS ANTECEDENTES LABORALES</b>	

<b>LUGAR</b>		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
--------------	--	------------	------------	------------

.....  
Firma del Agente

Sello

.....  
Firma del Jefe de Personal  
de la Repartición



Provincia de Santa Fe

Poder Ejecutivo

ANEXO III  
Hoja 3

		CODIGO				
O C I S I O N E S E N E	1 - HABITO		2 - ASPECTO			
			Bueno			
			Regular			
			Malo			
	3 - PESO	4 - TALLA		5 - TEMPERATURA		
	6 - CABEZA					
	7 - CUELLO					
	8 - TORAX					
	9 - APARATO RESPIRATORIO					
	10 - APARATO CIRCULATORIO		CORAZON			
	Examen Clinico: Presión Arterial		Mx.	Mn.	Pulso	
	11 - SISTEMA VASCULAR PERIFERICO					
12 - ABDOMEN		APARATO DIGESTIVO				

CODIGO  
| | | | | | | |

EXAMEN FISICO (CONTINUAC.)	13 - APARATO URINARIO Y GENITAL
	14 - SISTEMA NERVIOSO
	15 - SISTEMA OSTEO-ARTICULAR

EXAMENES COMPLEMENTARIOS	16 - HEMOGRAMA		17 FORMULA LEUCOCITARIA	
	Globulos Rojos por MMC		Neutrofilos	%
	Globulos Blancos por MMC		Basófilos	%
	Hemoglobina	%	Eosinófilos	%
	Hematocrito	%	Linfocitos	%
	Valor Globular		Monócitos	%
	Plaquetas		18 - Uremia	%
	19 - Glucemia		20 - Uricemia	21 - Colesterolemia
	22 - Lípidos Totales	23 - Eritroc sedimentación	1 H -	2 H -
	24 - Hepatograma			
	25 - Triglicéidos			
	REACCIONES SEROLÓGICAS			
	26 - VDRL			
	27 - Ruddleesson			
	28 - Machado Guerreiro			
29 - Vidal				
30 - Orina				

CODIGO							

EXAMENES COMPLEMENTARIOS (Continuación)	31 - MATERIA FECAL			
32 - ELECTROCARDIOGR.				
Día	Mes	Año		
33 - ELECTROENCEFALOG.				
Día	Mes	Año		
34 - RX COLUMNA				
Día	Mes	Año		
35 - RX. TORAX				
Día	Mes	Año		
36 - REACCION MANTOUX				
Día	Mes	Año		
37 - B.C.G.				
Día	Mes	Año		
38 - TEST PSICOLOGICO				
Día	Mes	Año		
39 - OTROS				
Día	Mes	Año		

INFORMES	40 - TRAUMATOLOGIA			

		C O D I G O									
INFORMES (continuación)	41 - SIQUIATRA										
	42 - CARDIOLOGIA										
	43 - OTORRINOLARINGOLO.										
	44 - AUDIOMETRIA										
	45 - FONIATRIA										
	46 - OFTALMOLOGIA	EXAMEN CLINICO:									
	VISION LEJANA:	VISION CERCAÑA:									
	CAMPO VISUAL:										
	FONDO DE OJO:										
	47 - NEUROLOGIA										
	48 - ODONTOLOGIA										

NOTA Describa cualquier anomalía con detalle. Anotando el número de parámetro pertinente. Use hojas adicionales si fuera necesario.

