	Dirección General de Educación de la Armada – Instituto Universitario Naval **Escuela Nacional Fluvial**	
	DIVISIÓN INGRESO	FOR-DI-07. 2
	EXAMEN DE APTITUD PSICOFÍSICA TEMPORARIA PARA INGRESO	

CUB.		**MAQ.**	

APELLIDO Y NOMBRE: ……...

EDAD: …….. DNI/C.I. Nº: …….. SEXO: ……

1. EXAMEN CLÍNICO

A completar por el postulante

¿TIENE EL EXAMINADO? (Observaciones Clínicas)	**SI**	**NO**		**SI**	**NO**
01. CICATRIZ DE BCG			**13. TODOS LOS DEDOS**		
02. GENU VARO/VALGO			**14. CICATRICES**		
03. PIES PLANOS			**15. EPI/HIPOSPADIAS**		
04. VARICOCELE			**16. TARTAMUDEZ**		
05. HEMORROIDES			**17. SILIVANCIAS**		
06. VARICES			**18. TATUAJES**		
07. QDSC			**19. NARIZ DESVIADA**		
08. COLUM. DESV.			**20. ALERGIA A ……..**		
09. SOPLOS			**21. CEFALEAS**		
10. ARRITMIA			**22. OPERACIONES**		
11. HERNIAS			**23. OTRAS ENFERMED.**		
12. ESTRABISMO					

A completar por el médico de la Armada

TALLA: ……. **PESO: ……**

☐ **INEPTO POR……** ☐ **APTO CONDICIONAL**

OBS. POR: ……

<u>DECLARACIÓN JURADA:</u>
DEJO CONSTANCIA QUE LOS DATOS INGRESADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO SON AUTÉNTICOS.

FECHA……/……/…….

…… **…….**

POSTULANTE (Firma y Aclaración) **MÉDICO (Firma y sello)**