	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
01. CICATRIZ DE BCG		
02. GENU VARO/VALGO		
03. PIES PLANOS		
04. VARICOCELE		
05. HEMORROIDES		
06. VARICES		
07. QDSC		
08. COLUM. DESV.		
09. SOPLOS		
10. ARRITMIA		
11. HERNIAS		
12. ESTRABISMO		

	SI	NO
13. TODOS LOS DEDOS		
14. CICATRICES		
15. EPI/HIPOSPADIAS		
16. TARTAMUDEZ		
17. SILIVANCIAS		
18. TATUAJES		
19. NARIZ DESVIADA		
20. ALERGIA A ……..		
21. CEFALEAS		
22. OPERACIONES		
23. OTRAS ENFERMED.		

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)**