

FORMULARIO N°: 3
 ENTREGAR EN DEPARTAMENTO:
 3.- Sanidad



POSTULANTE N° _____
 AÑO 2026

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____
 CURSO: _____ DIVISIÓN: _____ N° CADETE: _____ R.U.T.: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
 DIRECCIÓN PARTICULAR: _____
 NOMBRE COMPLETO MADRE: _____
 NOMBRE COMPLETO PADRE: _____
 TELÉFONO EN CASO DE EMERGENCIA: _____
 GRUPO SANGUÍNEO: _____

ANTECEDENTES

1. Historia Médica Pasada / Actual (Marque Con Una X).

• Dolor de cabeza o migrañas recurrentes	
• Mareos y/o desmayos	
• Arritmias cardíacas	
• Presión Arterial elevada	
• Epilepsia y/o convulsiones	
• Salud mental (ej: Esquizofrenia, trastornos de ansiedad o trastornos de personalidad)	
• Enfermedad ocular, glaucoma, etc.	
• Uso de lentes (ópticos / contacto)	
• Asma, bronquitis crónica, etc.	
• Dolor abdominal frecuente o recurrente	
• Enfermedades renales (ej. Enfermedad renal crónica, cálculos renales)	
• Enfermedad en los huesos, articulaciones o espalda (ej. Escoliosis)	
• Diabetes	
• Enfermedades autoinmunes (ej: Lupus, Artritis reumatoide, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn)	
• Problemas a la piel (ej: Dermatitis, psoriasis)	
• Cáncer (ej: Leucemia)	
• Tabaquismo (indique cantidad diaria / desde cuándo)	

• Drogas	
• Alcohol (indique cantidad semanal)	

2. ¿Presenta alguna enfermedad crónica? (Ej.: Asma, Diabetes, Hipertensión, etc.). Indique si se encuentra en tratamiento.

3. Nombre las lesiones traumatológicas que haya presentado en el último año. (Ej.: Esguinces, luxaciones, fracturas, etc.)

4. ¿Se ha realizado algún tipo de cirugía y/o operación? Especifique cirugía y año en el caso de presentar.

5. ¿Ha consultado alguna vez con: Neurólogo, Psiquiatra y/o Psicólogo? De ser así indicar motivo de consulta, tratamiento y fecha de consulta.

6. Especificar si porta algún tipo de alergia a medicamentos, alimentos u otro agente alérgeno. Además, describir el tipo de reacción que desencadena en su cuerpo. (Ej.: urticaria generalizada, edema facial, shock anafiláctico, etc.)

7. Mencione tratamiento o medicamentos de uso habitual (Ej: Inhalador, Anticonceptivos, etc.)

8. ¿Tiene alguna restricción o intolerancia alimentaria? Si la respuesta es afirmativa, indique restricciones.

9. ¿Ha presentado algún tipo de dolor y/o malestar testicular? Responder sólo si es hombre, si es mujer deje en blanco.

10. ¿Ha sido Ud. tratada por algún problema ginecológico? Responder sólo si es mujer, si es hombre deje en blanco.

11. Mencione familiares (madre, padre y hermanos) que presenten alguna enfermedad crónica (por ej.: Hipertensión arterial, diabetes, patologías cardíacas, enfermedades tiroideas, autoinmunes, cáncer, patología psiquiátrica, etc.) y/o tratamiento en uso.

DECLARACIÓN JURADA

En caso de comprobarse falsedad en la presente declaración, se expondrá a un proceso disciplinario militar afectando su permanencia en esta Escuela Matriz.

Nombre : _____

Fecha : _____

Firma : _____

JEFE DEPTO. DE SANIDAD