

**MATRICULA:** \_\_\_\_\_



**APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**NOMBRES:** \_\_\_\_\_

**C.I. NRO.** \_\_\_\_\_

**“Chávez Vive.... La Patria sigue”**

**“Independencia y Patria Socialista.... Viviremos y Venceremos”**

**“.... Los Futuros defensores de la Patria...”**

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA DEFENSA  
AVIACIÓN MILITAR BOLIVARIANA  
UNIDAD EDUCATIVA AUTÓNOMA MILITAR "LIBERTADOR"  
SECCIÓN DE CAPTACIÓN Y SELECCIÓN



**REQUISITOS QUE DEBE PRESENTAR EL ASPIRANTE PARA EL  
EXAMEN MÉDICO- ODONTÓLOGICO Y PRUEBA FISICA**

05 de Abril del 2021

Sr. Representante:

Reciba nuestra un cordial saludo revolucionario, socialista, antiimperialista y profundamente chavista, en nombre del personal militar, docente, administrativo y obrero que acompañan mi gestión como director de esta noble casa de estudios. La presente es para informarle el procedimiento a seguir en los exámenes médico – odontológico y prueba física.

**Por favor sírvase leer las instrucciones a seguir para el día de la actividad programada:**

1. E  
Es necesario que usted y el aspirante asistan el día y la hora asignada (PUNTUALIDAD).
2. L  
Los exámenes médicos deberán realizarse en cualquier institución en el área de la salud y consignarlos el día que le corresponda.
3. D  
Deben estar en la institución a las 07:00 am. Tomar previsiones para llegar a la hora indicada.
4. E  
El vestuario debe ser adecuado a la ocasión, no deben venir en minifaldas, shorts, bermudas, sandalias, vestidos cortos, monos o lycras.
5. L  
Los padres, representantes y aspirantes que lleguen retardados no serán tomados en cuenta para el proceso.
6. D  
**EBEN IMPRIMIR Y LLENAR CON LAPICERO DE TINTA NEGRA LOS FORMULARIOS QUE ABAJO SE INDICAN. ASIMISMO TRAERLOS DENTRO DE UNA CARPETA TAMAÑO OFICIO COLOR AMARILLO CON GANCHO.**
7. I  
**INCLUIR ADENTRO DE LA CARPETA AMARILLA, LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO, INFORMES DE LOS EXÁMENES DE RADIOGRAFÍA, INFORME DEL ELECTROCARDIOGRAMA, INFORME DEL ECOSONOGRAMA, FOTOCOPIA DE LA TARJETA DE VACUNA.**
8. N  
**NO DEBE FALTAR NINGÚN EXAMEN. SIN EXCEPCIÓN.**
9. L  
**LOS FORMULARIOS INDICADOS AQUÍ, DEBEN IMPRIMIRLOS EN HOJA TAMAÑO OFICIO.**
10. E  
**EN EL FORMULARIO FICHA MÉDICA, EN EL RECUADRO FOTO, PEGAR UNA FOTO TAMAÑO CARNET FONDO AZUL O FONDO BLANCO DEL O LA ASPIRANTE. ASÍ MISMO LLENAR HASTA EL CAMPO GRUPO SANGUÍNEO.**

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA DEFENSA  
AVIACIÓN MILITAR BOLIVARIANA  
UNIDAD EDUCATIVA AUTÓNOMA MILITAR "LIBERTADOR"  
SECCIÓN DE CAPTACIÓN Y SELECCIÓN



**PROCESO DE PRESELECCIÓN 2021– 2022**  
**EXAMEN MÉDICO-ODONTOLÓGICO**

**Importante:** Si se llega a determinar alguna patología que impida cumplir con las actividades de este instituto militar (físicas, militares, académicas) automáticamente él mismo quedará fuera del proceso de selección. Además de esto, la omisión de antecedentes patológicos o quirúrgicos en esta constancia, es causal de baja médica.

**Exámenes Médicos:**

Exámenes de Laboratorio:

- Hematología completa.
- Glicemia.
- Urea.
- Creatinina.
- Grupo sanguíneo.
- VDRL.
- Orina.
- Heces.

(Los cuales deben estar firmados y sellados por un Lic. en Bioanálisis inscrito en el Colegio de Bionalista y en el Ministerio del Poder Popular para la Salud.).

1. Exámenes de Radiografía:

- Tórax.
- Columna dorso.
- Columna lumbar.
- Rodillas A - P
- Rodillas laterales.

**NOTA:** LAS RADIOGRAFIAS SE RECIBIRAN EN CD, IMPRESAS EN HOJA DE PAPEL O PAPEL FOTOGRAFICO, LAS CUALES DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE INFORMADAS, FIRMADAS Y SELLADAS POR UN MÉDICO RADIÓLOGO O MÉDICO TRAUMATÓLOGO INSCRITO EN EL COLEGIO DE MÉDICOS Y EN EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD.

2. Electrocardiograma. (El cual debe estar debidamente informado, firmado y sellado por un Médico Cardiólogo o Médico Internista inscrito en el Colegio de Médicos y en el Ministerio del Poder Popular para la Salud.).
3. Ecosonograma testicular (personal masculino). (El cual debe estar debidamente informado, firmado y sellado por un Médico Ecografista o Médico Urólogo inscrito en el Colegio de Médicos y en el Ministerio del Poder Popular para la Salud).
4. Fotocopia de la tarjeta de control de vacunas a vista del original (**ACTUALIZADA**), en su defecto constancia emitida por el pediatra donde certifique que el niño ha recibido los esquemas de vacunas completos, incluyendo anti-hepatitis A y B, Antigripal, (**OBLIGATORIO**).

**EXÁMENES DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS CON SU  
RESPECTIVO INFORME MÉDICO**

|                      |     |   |
|----------------------|-----|---|
|                      | 1.  | HEMATOLOGÍA COMPLETA  |
|                      | 2.  | GLICEMIA  |
|                      | 3.  | UREA  |
|                      | 4.  | VDRL  |
|                      | 5.  | CREATININA  |
|                      | 6.  | GRUPO SANGUÍNEO   |
|                      | 7.  | ORINA   |
|                      | 8.  | HECES   |
|                      | 9.  | RADIOGRAFÍA DE TÓRAX  |
|                      | 10. | RADIOGRAFÍA DORSO LUMBAR  |
|                      | 11. | RADIOGRAFÍA RODILLAS AP Y LATERAL   |
|                      | 12. | ELECTROCARDIOGRAMA  |
|                      | 13. | ECOSONOGRAMA TESTICULAR   |
|                      | 14. | TARJETA DE CONTROL DE VACUNAS<br>ESQUEMAS COMPLETOS HEPATITIS A Y B, ANTIGRI PAL<br>(OBLIGATORIO) |
| <b>OBSERVACIONES</b> |     |   |
|                      |     |   |
|                      |     |   |
| <b>RECIBIDO POR:</b> |     | <b>FECHA:</b>   |

**NOTA:** LAS RADIOGRAFÍAS SE RECIBIRÁN IMPRESAS EN HOJA DE PAPEL O PAPEL FOTOGRAFICO, LAS CUALES DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE INFORMADAS, FIRMADAS Y SELLADAS POR UN MÉDICO RADIÓLOGO O MÉDICO TRAUMATÓLOGO INSCRITO EN EL COLEGIO DE MÉDICOS Y EN EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD)

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA DEFENSA  
AVIACIÓN MILITAR BOLIVARIANA  
UNIDAD EDUCATIVA AUTÓNOMA MILITAR "LIBERTADOR"  
SECCIÓN DE CAPTACIÓN Y SELECCIÓN



**CONSTANCIA**

FECHA: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, titular de la C.I. N°: \_\_\_\_\_,  
representante de: \_\_\_\_\_ titular de la cédula de C.I.  
N° \_\_\_\_\_ hago constar por medio de la presente de los antecedentes  
médicos y alergias a medicamentos sufridos por mi representado.

Enfermedades sufridas hasta la presente fecha:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Intervención Quirúrgica:

\_\_\_\_\_

Marque con una "X" medicamentos con los cuales es alérgico:

- \* DIPIRONA (COMMEL-BRAL)
- \* ACETAMINOFEN (ATAMEL-TACHIPIRIN – TEMPRA)
- \* ÁCIDO ACETIL SALICÉLICO (ASPIRINA)
- \* BUSCAPINA
- \* BARALCINA
- \* OTROS MEDICAMENTOS:

| SI | NO |
|----|----|
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |

Especifique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre legible del representante:

\_\_\_\_\_

C.I.N° \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

**Importante: Si se llega a determinar que el aspirante padece alguna patología con la cual no pueda cumplir con las actividades de este instituto militar, automáticamente él mismo quedará fuera del proceso de selección. Además de esto, la omisión de antecedentes patológicos o quirúrgicos en esta constancia, es causal de baja médica.**

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA DEFENSA  
AVIACIÓN MILITAR BOLIVARIANA  
UNIDAD EDUCATIVA AUTÓNOMA MILITAR "LIBERTADOR"  
SECCIÓN DE CAPTACIÓN Y SELECCIÓN



**FICHA MÉDICA**

FOTO

MATRICULA: \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

C.I: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA CONSULTA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ENFERMEDAD ACTUAL:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** (ASMA, HIPERTENSION, DIABETES, CARDIOPATIAS, NEOPLASMA, ACV, EPILEPSIAS, INTERVENCIONES QUIRURGICAS):

---

---

---

---

---

**EXAMEN FÍSICO**  
**(ANOTAR LO POSITIVO)**

**ALERGIA A:**

**PIEL Y ANEXOS:** \_\_\_\_\_

**O.R.L:** \_\_\_\_\_

**OJOS:** \_\_\_\_\_

**CUELLO:** \_\_\_\_\_

**CARDIOPULMONAR:** \_\_\_\_\_

**ABDOMEN:** \_\_\_\_\_

**GENITALES:** \_\_\_\_\_

**EXTREMIDADES:** \_\_\_\_\_

**HUESOS Y ARTICULACIONES:** \_\_\_\_\_

**NERVIOSO – MUSCULAR:** \_\_\_\_\_

**PSIQUISMO:** \_\_\_\_\_

**SENSORIALES:** \_\_\_\_\_



**APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE:**

C.I: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Marque con una (x) las enfermedades padecidas

|                                       | SI | NO |                                      | SI | NO |   | SI | NO |
|---------------------------------------|----|----|--------------------------------------|----|----|---|----|----|
| Rubéola                               |    |    | Orina con sangre                     |    |    | Come sólo cuando tiene hambre                 |    |    |
| Sarampión                             |    |    | Varicocele                           |    |    | Come fuera de la hora                         |    |    |
| Lechínea                              |    |    | Hidrocele                            |    |    | Come sin hambre                               |    |    |
| Dengue, cualquier tipo                |    |    | Fracturas y/o traumatismos óseos     |    |    | Aumento o disminución de peso                 |    |    |
| Paludismo                             |    |    | Artritis-artrosis                    |    |    | Dolor de espalda a repetición                 |    |    |
| Parotiditis (paperas)                 |    |    | Realiza ejercicios                   |    |    | Problemas anales                              |    |    |
| Parasitosis                           |    |    | Sedentario                           |    |    | Ingiere poca cantidad de agua                 |    |    |
| Tuberculosis                          |    |    | Dolor de cabeza frecuente            |    |    | Micciones frecuentes o dolorosas              |    |    |
| Diabetes                              |    |    | Pérdida del conocimiento             |    |    | Cálculo renal                                 |    |    |
| Anemia                                |    |    | Traumatismos en la cabeza            |    |    | Amigdalitis 3 ó más veces al año              |    |    |
| Hipertensión Arterial                 |    |    | Usa lentes                           |    |    | Disfonía o ronquera                           |    |    |
| Enfermedades de la tiroides           |    |    | Problemas o enfermedades de la vista |    |    | Sensación de oídos tapados                    |    |    |
| Tumor, quiste o cáncer                |    |    | Intolerancia al frío y/o calor       |    |    | Infección de los oídos                        |    |    |
| Epilepsia, ataques, convulsiones      |    |    | Caída del cabello                    |    |    | Presenta sangramiento o morados sin golpearse |    |    |
| Ictericia o hepatitis, cualquier tipo |    |    | Enfermedades de la piel              |    |    | Susceptible a las enfermedades                |    |    |
| Hernias o ruptura de pared abdominal  |    |    | Dientes sensibles al frío            |    |    | Problemas familiares                          |    |    |
| Asma                                  |    |    | Encías sangrantes                    |    |    | Depresión                                     |    |    |
| Alergias a medicamentos               |    |    | Obstrucción nasal                    |    |    | Falta de energía para la actividad diaria     |    |    |
| Alergias a otras sustancias           |    |    | Sangramiento nasal                   |    |    | Ansiedad                                      |    |    |
| Neuritis                              |    |    | Sinusitis                            |    |    | Aburrimiento                                  |    |    |
| Dolores musculares migratorios        |    |    | Dificultad para respirar             |    |    | Indecisión                                    |    |    |
| Enfermedades del corazón              |    |    | Palpitaciones                        |    |    | Pesimista                                     |    |    |
| Dolor u opresión en el pecho          |    |    | Tos crónica                          |    |    | Baja autoestima                               |    |    |
| Cólicos frecuentes                    |    |    | Estreñimiento                        |    |    | Falta de apetito                              |    |    |
| Acidez estomacal                      |    |    | Diarreas                             |    |    | Hemorroides o enfermedades rectal             |    |    |
| Úlcera gástrica                       |    |    | Indigestión                          |    |    |   |    |    |

**¿Toma actualmente o tomó medicamentos para alguna enfermedad diagnosticada por un médico?**

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

**Nombre de la enfermedad:** \_\_\_\_\_

**Nombre de los medicamentos y dosis administrada:**

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Marque con una (x) las enfermedades padecidas por sus familiares

Directos. (Padres, Abuelos, tíos, etc).

|                   |  |                       |  |              |  |                             |  |
|-------------------|--|-----------------------|--|--------------|--|-----------------------------|--|
| Diabetes          |  | Hipertensión arterial |  | Hepatitis    |  | Ansiedad o preocupación     |  |
| Glaucoma          |  | Alergias              |  | Obesidad     |  | Enfermedades del corazón    |  |
| Artritis-artrosis |  | Sinusitis             |  | Asma         |  | Enfermedades de la Tiroides |  |
| Úlcera gástrica   |  | Problemas renales     |  | Tuberculosis |  | Epilepsia                   |  |
| Convulsiones      |  | Trastornos mentales   |  | Cáncer       |  | Migraña o jaqueca           |  |

**Nombre completo del Representante:**

**Firma:**

**TABLA DE VALORES PARA OBTENER LA CALIFICACIÓN**

## EN LA PRUEBA DE APTITUD FISICA

1. **POTENCIA AERÓBICA 1.200 MTS:** Consiste en recorrer la distancia de 1.200 mts. en el menor tiempo posible.

|              |                     |                |                |                |                |                |                 |                |                |                   |
|--------------|---------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|-------------------|
| NIÑO         | 5'00"<br>o<br>menos | 5'01"<br>5'25" | 5'26"<br>5'50" | 5'51"<br>6'15" | 6'16"<br>6'40" | 6'41"<br>7'05" | 07'06"<br>7'30" | 7'31"<br>7'55" | 7'56"<br>8'20" | 8'21"<br>O<br>más |
| NIÑA         | 5'50"<br>o<br>menos | 5'51"<br>6'15" | 6'16"<br>6'40" | 6'41"<br>7'05" | 7'06"<br>7'30" | 7'31"<br>7'55" | 7'56"<br>8'20"  | 8'21"<br>8'45" | 8'46"<br>9'10" | 9'11"<br>O<br>más |
| Calificación | 20                  | 19             | 18             | 17             | 16             | 15             | 14              | 13             | 12             | 11                |

2. **SENTADILLA:** Consiste en realizar la mayor cantidad de este ejercicio en 30 segundos.

|              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| NIÑO         | 30 | 28 | 27 | 25 | 24 | 23 | 21 | 19 | 15 | 10 | 08 | 05 | 01 |
| NIÑA         | 25 | 23 | 21 | 19 | 17 | 15 | 13 | 11 | 10 | 09 | 08 | 05 | 01 |
| Calificación | 20 | 19 | 18 | 17 | 16 | 15 | 10 | 08 | 07 | 05 | 04 | 02 | 01 |

3. **ABDOMINALES:** Consiste en realizar la mayor cantidad de dicho ejercicio en 50 segundos.

|              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| NIÑO         | 25 | 23 | 21 | 19 | 17 | 15 | 13 | 11 | 09 | 07 | 05 | 04 | 03 | 01 |
| NIÑA         | 20 | 19 | 17 | 16 | 14 | 13 | 11 | 10 | 09 | 07 | 05 | 04 | 03 | 01 |
| Calificación | 20 | 19 | 18 | 17 | 16 | 15 | 13 | 11 | 09 | 07 | 05 | 04 | 03 | 01 |

4. **FLEXIÓN Y EXTENSIÓN DE CODOS (LAGARTIJAS):** Consiste en realizar la mayor cantidad de dicho ejercicio en 50 segundos el personal femenino apoya las rodillas.

|              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| NIÑO         | 25 | 23 | 19 | 17 | 15 | 13 | 11 | 09 | 07 | 05 | 04 | 03 | 01 |
| NIÑA         | 20 | 19 | 16 | 14 | 13 | 11 | 10 | 09 | 07 | 05 | 04 | 03 | 01 |
| Calificación | 20 | 19 | 17 | 16 | 15 | 13 | 11 | 09 | 07 | 05 | 04 | 03 | 01 |

5. **BARRA FIJA:**

Masculino: Consiste en realizar la mayor cantidad de dicho ejercicio en 30 segundos

Femenina: Consiste en mantenerse el mayor tiempo posible en el barra

|              |    |    |    |    |    |
|--------------|----|----|----|----|----|
| NIÑO         | 05 | 04 | 03 | 02 | 01 |
| NIÑA         | 10 | 08 | 06 | 03 | 01 |
| Calificación | 20 | 16 | 12 | 08 | 04 |