

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 ESQUEMAS COMPLETOS HEPATITIS A Y B, ANTIGRI PAL (OBLIGATORIO)
OBSERVACIONES		
RECIBIDO POR:		FECHA:

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" o menos	5'01" 5'25"	5'26" 5'50"	5'51" 6'15"	6'16" 6'40"	6'41" 7'05"	07'06" 7'30"	7'31" 7'55"	7'56" 8'20"	8'21" O más
NIÑA	5'50" o menos	5'51" 6'15"	6'16" 6'40"	6'41" 7'05"	7'06" 7'30"	7'31" 7'55"	7'56" 8'20"	8'21" 8'45"	8'46" 9'10"	9'11" O 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