



EJÉRCITO NACIONAL DE COLOMBIA
COMANDO DE PERSONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO
FICHA MÉDICA UNIFICADA
SERVICIO MILITAR OBLIGATORIO



APELLIDOS Y NOMBRES: _____

CEDULA: _____ DE: _____

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

CIUDAD: _____

INCORPORA ZONA: _____ DIM: _____

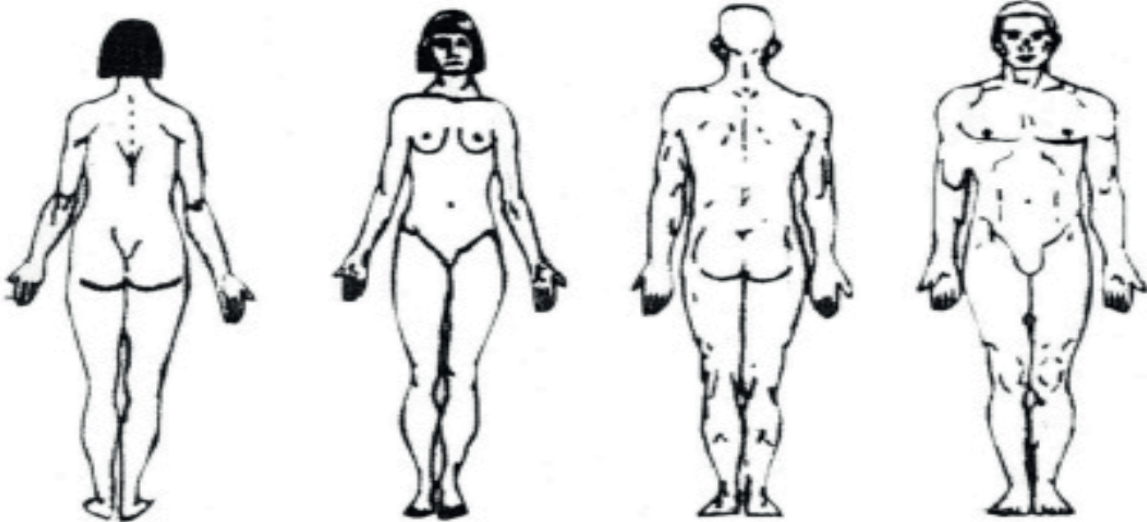
UNIDAD TACTICA: _____

GRADO: SL 18 ☐ SL 12 ☐

La presente ficha tiene por objeto, evaluar el estado de salud, del aspirante a prestar servicio militar obligatorio , para definir la aptitud psicofísica en el momento de su ingreso.

EXAMEN MEDICO

TATUAJES	<T>	CICATRICES	<C>	LUNARES	<L>	MANCHAS	<M>
AMPUTACIONES	<A>	MALFORMACIONES	<ML>	QUEMADURAS	<Q>	PROTESIS	<P>
VERRUGAS	<V>	FRACTURAS	<F>				



SEÑAL	CARACTERÍSTICAS DE LAS SEÑALES

ESTATURA	PESO	PULSO	TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
----------	------	-------	------------------	-------------	-------------------------

NOTA: * SOLO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL MEDICO GENERAL

VALORACION MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS:

ANTECEDENTES PERSONALES:

TOXICOLÓGICO

HOSPITALIZACIONES

TRAUMATICOS

ALERGICOS

FARMACOLOGICOS

Medico Registro Médico Nombres y Apellidos:

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ CEDULA: _____ DE: _____



ADMINISTRACIÓN SERVICIO MILITAR OBLIGATORIO

EXAMEN PSICOLÓGICO			
ENTREVISTA			

Reune el perfil SI NO CODIGO Nombre, Registro y Sello Psicológico

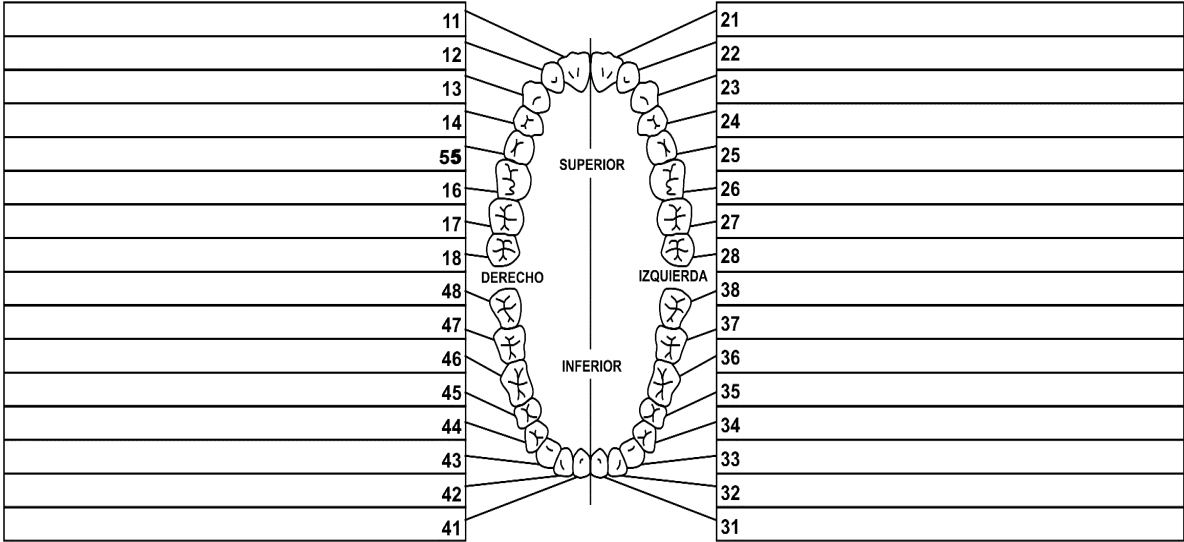
INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA			
LINEA DE SONRISA	PERFIL	LABIOS	ATM
ALTA	CONVEXO	CON SELLE	CLICK ARTICULAR
MEDIA	CONCAYO	SIN SELLE	CREPITACIÓN
BAJA	NORMAL		DOLOR
			NORMAL

CONVENCIONES: LAS CONVENCIONES ENUNCIADAS A CONTINUACION DEBERÁN SER EMPLEADAS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ODONTOGRAMA

AA	CE
AR	IE
CC	IM
DC	OE
DL	OT
DM	PE
DS	PI
EP	PF
FA	PO
FR	PR
HI	PT
PG	RR
RG	SF
SA	C
EX	D
IN	I
VE	L
RL	M

FORMATO UNICO DE CARTA DENTAL CON FINES DE IDENTIFICACION Y ESTADO SALUD ORAL

(Documento público de uso legal que debe conservar la normatividad en cadena de custodia)



--	--	--

APTO NO APTO CODIGO:

Nombre, Registro y Sello Odontológico:



ANEXO 1 DECLARACION DEL ESTADO DE SALUD AL INGRESO

Preguntas de la Declaración de Salud

1. ¿Tiene, ha tenido ó le han diagnosticado : enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial,infarto de miocardio, arritmias, colesterol ó triglicéridos altos (tratados o no con medicamentos), derrames, isquemias ó trombosis cerebral, mareos ó desmayos, epilepsia o convulsiones,esclerosis múltiple, mieloma, parálisis otras enfermedades neurologicas; ceguera o sordera total o parcial, trastornos psicológicos o psiquiátricos; enfermedades del sistema dendocrino tales como enfermedad de la glándula tiroides, diabetes, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, cáncer, leucemia, lupus, tumores malignos, SIDA ó VIH positivo, insuficiencia renal, artritis, lesiones en huesos o musculares; enfermedades del sistema digestivo tales como: gastritis, ulcera péptica o duodenal, colitis, pólipos, Hepatitis B ó C, Cirrosis, pancreatitis,várices, úlceras varicosas, enfermedades genitourinarias (ovarios , útero, próstata, testículos, deformidades corporales, tumores o quistes)?
- SI ____ NO ____
2. ¿Ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral anterior, por las que haya recibido ó este recibiendo tratamiento ó control médico, piensa someterse o tiene pendiente algún tratamiento médico ó tiene programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses?
- SI ____ NO ____
3. ¿Fuma? SI ____ NO ____ ¿Cuantos cigarrillos diarios? ____
¿Desde cuando? ____
4. ¿Consume bebidas embriagantes? SI ____ NO ____ ¿Cuantos tragos diarios? ____
¿Desde cuándo? ____
5. ¿Conduce moto, o es aficionado, ocasional o practica regularmente deportes como: motociclismo otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos?
SI ____ NO ____
6. ¿Consume sustancias psicoactivas? SI ____ NO ____ ¿Desde cuándo? ____
¿en que frecuencia y que clase de sustancia? ____
7. ¿Ha estado Hospitalizado por alguna enfermedad mental? SI ____ NO ____
Cuales: ____

Antes de firmar lea detenidamente lo siguiente:

Declaro que : Mi estado de salud es normal, no padezco ni he padecido enfermedades congénitas o afecciones tales como: cardiovasculares, sida, hipertensión arterial, cáncer ni diabetes y en la actualidad no sufro enfermedades crónicas , afecciones o adicciones que incidan sobre mi estado de salud. No he sido sometido a tratamientos o intervenciones quirúrgicas diferentes a las relacionadas en la anterior declaración de salud en razón de las enfermedades mencionadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma casual o secuencial. En caso de encontrarse una preexistencia declarada o comprobada por Sanidad Ejercito renuncio al derecho a realizar Junta Médica Laboral toda vez que no fueron adquiridas durante la prestación del servicio militar obligatorio Se aprueba en consideración a la veracidad de estas declaraciones y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, éste queda viciado de nulidad.

Protección de datos personales: Los datos recolectados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la ley estatutaria No 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la proteccion de datos personales" y catalogados como datos sensibles.

TAMIZAJE

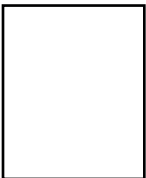
REACTIVO ☐

NO REACTIVO ☐

Firma de Aspirante _____

Pos firma _____

Cedula de Ciudadanía:



Huella

APTO ☐

NO APTO ☐





SEGUNDA EVALUACION (ART 20 LEY 1861 DE 2017)

ESPECIFIQUE

CODIGO Nombre, Registro y Sello del profesional

RESULTADO EVALUACION PSICOFISICA FINAL
Art 21 ley 1861 DE 2017

FECHA: DIA _____ MES _____ AÑO _____

CONCEPTO ODONTOLÓGICO

APROBADO SI _____ NO _____ CODIGO _____

CONCEPTO MEDICO

APROBADO SI _____ NO _____ CODIGO _____

CONCEPTO PSICOLÓGICO

APROBADO: SI _____ NO _____ CODIGO _____





ACTA DE DESACUARTELAMIENTO INDIVIDUAL

DESCRIPCION ESTADO FINAL DE SALUD AL RETIRO

FECHA: DIA _____ MES _____ AÑO _____ CIUDAD _____

Anamnesis:

Antecedentes:

Examen Psicologico:

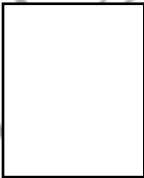
Examen Fisico:

Examen Odontologico:

Diagnostico por el cual se aplaza por sanidad:

Firma de aspirante

Pos Firma



Huella

- 1. Me encuentro con forme con la revisión médica realizada en mi licenciamiento como soldado:
SI ____ NO ____
- 2. No Me encuentro con forme con la revisión médica realizada en mi licenciamiento como soldado:
SI ____ NO ____
- 3. Si anexo Historia Clinica de mis dolencias padecidas durante el servicio Militar:
SI ____ NO ____

Firma Medico que realiza el examen
Sello y Registro Medico

