

**ANEXO III**

**XXIX CURSO DE HABILITACIÓN PARA GUARDAPARQUE ASISTENTE (G 2)  
FORMULARIO DE APTITUD PSICOFÍSICA**

**FORMULARIO DE APTITUD PSICOFÍSICA**

**Curso de Habilitación para  
Guardaparques Nacionales (G2)**



**DATOS PERSONALES**

APELLIDO	NOMBRES	DNI
----------	---------	-----

Padece o padeció alguna de estas enfermedades o dolencias (SI - NO) <i>(A completar por el postulante con carácter de declaración jurada)</i>			
Tos		Cólicos renales	Pérdida de conocimiento
Tuberculosis		Infecciones urinarias	Depresión
Falta de aire		Regurgitaciones	Dolores Óseos
Enfermedades de pulmón		Acidez	Fracturas
Escupe sangre		Parasitosis	Lumbalgias
Asma		Antec. de problemas renales	Traumatismos
Alergias		Epigastralgias	Hernia de disco
Palpitaciones		Antec. Hepatitis	Diabetes
Dolor de pecho		Sangre en Orina	Enfermedades de tiroides
Hipertensión		Dolor de cabeza	Cirujías
Intoxicaciones		Convulsiones	¿Cuáles?
Aumento grasas		Temblores	<b>Importante otras:</b>
Úlceras gastroduodenales		Neuralgias	
Diarreas		Alteraciones del sueño	
..... Aclaración del Postulante		..... DNI	..... Firma
EXAMEN FÍSICO <i>(A completar por el profesional médico)</i>			
Examen	Si	No	Observaciones
Examen físico General			
Radiografía <small>RX de Torax (F) RX de columna cervical (F y P) RX de columna lumbosacra (F y P) Todas con informe radiológico</small>			
Análisis de Sangre <small>Hemograma completo - Eritrosedimentación Uremia - Glucemia Serología: vtrf, toxoplasmosis, brucelosis</small>			
Análisis de Orina			
Electrocardiograma			
Agudeza Visual <small>Cercana y lejana</small>			
Estudio Neurológico y Psicológico			
..... Nombre del Profesional Médico		..... Matricula	..... Firma
Establecimiento de Salud: ..... Domicilio: .....			

**NOTA: Adjuntar informes de los análisis y estudios realizados**

En ....., a los ..... del mes de ..... de 201\_ -