



POLICIA DE TUCUMAN
"DEPARTAMENTO PERSONAL D.1"

Chile y San Miguel

☎ (0381) 4321514 – S. M. de Tucumán – Tucumán – República Argentina

INGRESO 2020

AUTORIZACIÓN PARA ASPIRANTES MENORES DE 18 AÑOS

(El consentimiento expreso para la presente autorización debe ser otorgada por ambos progenitores de conformidad a lo dispuesto por el Art. 645 y ccs del Código Civil y Comercial de la nación).

Por intermedio de la presente, manifiesto/amos expreso consentimiento **AUTORIZANDO** a mí/nuestro _____

DNI Nro. _____, nacido el ____/____/____ a inscribirse y participar en todas las etapas del proceso de selección (Exámenes Intelectuales, Psicológicos, Médicos y de Aptitud Física), para ingresar como Aspirante a Cadete de Primer Año del Instituto de Enseñanza Superior de Policía "Gral. José Francisco de San Martín" – Ciclo Lectivo 2020, bajo los términos y condiciones del Decreto respectivo y las pautas establecidas por el DEPARTAMENTO PERSONAL D1.-

APELLIDO Y NOMBRE DEL PROGENITOR			
FIRMA		DNI NRO.	
APELLIDO Y NOMBRE DEL PROGENITOR			
FIRMA		DNI NRO.	

En este acto presta conformidad expresa el menor de edad para realizar los actos enunciados precedentemente.

APELLIDO Y NOMBRE DEL MENOR	EDAD	DNI NRO.

(Lugar y fecha)

**CERTIFICACIÓN DE FIRMA POR ESCRIBANO PÚBLICO O JUEZ DE PAZ
(DE PROGENITORES)**

*Espacio reservado para certificación de firmas.



INGRESO 2020 **AUTORIZACIÓN PARA ASPIRANTES MENORES DE 18 AÑOS**

(El consentimiento expreso para la presente autorización debe ser otorgada por ambos progenitores de conformidad a lo dispuesto por el Art. 645 y ccs del Código Civil y Comercial de la nación).

Por intermedio de la presente, manifiesto/amos expreso consentimiento **AUTORIZANDO** a mí/nuestro _____

DNI Nro. _____, nacido el ____/____/____ a convalidar la inscripción para participar en todas las etapas del proceso de selección (Exámenes Intelectuales, Psicológicos, Médicos y de Aptitud Física), para ingresar como Aspirante a Cadete de Primer Año del Instituto de Enseñanza Superior de Policía “Gral. José Francisco de San Martín” – Ciclo Lectivo 2020, bajo los términos y condiciones del Decreto respectivo y las pautas establecidas por el DEPARTAMENTO PERSONAL D1.-

FIRMA	ACLARACIÓN	D.N.I. NRO
_____ PADRE	_____ _____	_____ _____
_____ MADRE	_____ _____	_____ _____
_____ REPRESENTANTE LEGAL	_____ _____	_____ _____

CERTIFICACIÓN DE FIRMA POR ESCRIBANO PÚBLICO O JUEZ DE PAZ (DE PADRES O REPRESENTANTE LEGAL)

(Lugar y fecha)

El que suscribe CERTIFICA que la/s firma/s que antecede/n pertenece/n
a _____ DNI N° _____
y a _____ DNI N° _____
por haber sido puesta/s en mi presencia.-



FORMULARIO DE EXAMENES DE CONOCIMIENTOS INTELECTUALES PARA ASPIRANTE A CADETE DE PRIMER AÑO DEL INSTITUTO DE ENSEÑANZA SUPERIOR DE POLICÍA “GRAL. JOSÉ FRANCISCO DE SAN MARTÍN”

(El presente formulario deberá ser presentado por el Aspirante al momento de rendir los Exámenes de Conocimientos Intellectuales).

FOMULARIO NRO.:
(LEGAJO PERSONAL)

ASPIRANTE A CADETE DE LA POLICÍA DE
TUCUMÁN

APELLIDO/S:

NOMBRE /S:

D.N.I.:

FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

La aprobación del EXAMEN DE CONOCIMIENTOS INTELECTUALES requerirá las obtención de un puntaje mínimo de sesenta (60) sobre cien (100) puntos por materia o de doscientos cuarenta (240) puntos en la sumatoria de las tres asignaturas, siempre y cuando no se obtenga menos de cuarenta (40) puntos en ninguna materia. **LOS EXAMENES INTELECTUALES NO TIENEN RECUPERATORIO.**

SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, ____/____/____
Lugar y fecha

FIRMA DEL ASPIRANTE:.....

ACLARACIÓN:.....

RESULTADOS DE LOS EXAMENES			
LENGUA	HISTORIA	GEOGRAFÍA	FORMACIÓN ÉTICA Y CIUDADANANA
.....

PROMEDIO
.....

SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, ____/____/____
Lugar y fecha

NOTIFICACIÓN Y FIRMA DEL ASPIRANTE:.....

APLARACIÓN:.....



**FORMULARIO DE REVISIÓN DE EXÁMENES INTELECTUALES
REALIZADOS EL 21/12/2019.**

DATOS DEL SOLICITANTE:

APELLIDO Y NOMBRES:

D.N.I. N°:

FORMULARIO N°:

DATOS DEL DOCENTE:

APELLIDO Y NOMBRES:

D.N.I. N°:

ÁREA:

RESULTADOS DE LA REVISIÓN:

RATIFICA NOTA:

RECTIFICA NOTA:

OBSERVACIONES:

.....

.....

SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, ENERO 04 DE 2020.

HORA DE FINALIZACIÓN DE LA REVISIÓN:

FIRMA DEL INTERESADO:

FIRMA DEL DOCENTE:

FIRMA DEL FUNCIONARIO POLICIAL:



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN N°.....

FORMULARIO DE EXAMEN PSICOLÓGICO

<u>CRITERIOS A EVALUAR</u>	<u>SATISFACTORIO</u>	<u>NO SATISFACTORIO</u>
Control de Impulsividad		
Tolerancia a la frustración/Presión		
Coordinación Visomotora		
Manejo de la Ansiedad		
Flexibilidad y Adaptación Psíquica		
Adaptación a las normas y respeto a la autoridad		
Valores acordes a los DDHH y de Género		
Capacidad para Identificar y Resolver problemas.		
Capacidad de Atención y Resistencia a la Fatiga		
Juicio crítico y Pensamiento autónomo		
Confianza en si mismo y Manejo de las Relaciones Interpersonales		
Aspectos Motivacionales		

A partir de la evaluación del perfil psicológico se considera que el Aspirante a Cadete del I.E.S. de Policía:

Motivos de NO incorporación:



DEPARTAMENTO PERSONAL
Chile y San Miguel
☎ (0381) 4321514
S. M. de Tucumán – Tucumán – República Argentina

FICHA MÉDICA - INGRESO 2020

INSCRIPCIÓN N°

APELLIDO: NOMBRE:
DNI: FEC DE NAC:
DOMICILIO: NUMERO:
DPTO: LOCALIDAD:
EST. CIVIL: N° DE TEL:

Por la presente doy mi consentimiento libre y voluntario para realizar los estudios y evaluaciones requeridos en la presente FICHA MÉDICA.
Dejo constancia que se me ha explicado que la información que surja de la presente instancia podrá ser utilizada solo con fines de evaluación pre laboral como así también para ser agregada de ser necesario a mi legajo personal una vez ingresado. Por fuera de la misma, todos los datos se encuentran comprendidos dentro del secreto profesional.
Doy fe de que se han contestado mis preguntas y que he comprendido lo explicado, aceptando las condiciones propuestas.

APELLIDO Y NOMBRE:

FIRMA:

D. N. I. N°:

ANÁLISIS DE SANGRE Y ORINA:

	VALOR	OBSERVACIONES
HEMATOCRITO (%)		
LEUCOCITOS (X mm ³)		
GLUCEMIA		
UREA		
CREATININA		
COLESTEROL TOTAL		
HDL		
LDL		
TRIGLICERIDOS		
GOT		
GPT		
GGT		
VDRL		
HIV		
HEPATITIS B Y C		
ERITROSEDIMENTACIÓN		
ORINA COMPLETA		
GRAVINDEX		
T 4		
TSH		
TIEMPO DE PROTOMBINA		
HbA1c		

.....
FIRMA Y SELLO

ANÁLISIS TOXICOLÓGICO PARA DROGAS DE ABUSO

DROGA	NO	SI	OBSERVACIONES
COCAINA			
MARIHUANA			
ANFETAMINA			
OPIACIDOS			
BENZODIAZEPINAS			
METANFETAMINA			
BARBITURICOS			
METADONA			
FENCICLIDINA O POLVO DE ANGEL			
EXTASIS			
OTRAS			

.....

EXAMEN RADIOLOGICO

ESTUDIO	NORMAL	PATOLOGICO	OBSERVACIONES
RX DE TORAX (F)			
RX DE COLUMNA LUMBOSACRA (F Y P)			
• ESPINA BÍFIDA			
• SACRALIZACIÓN			
• LUMBARIZACIÓN			
• PINZAMIENTO			
• ESCOLIOSIS			
• OTROS			

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN CARDIOVASCULAR

ESTUDIO	NORMAL	PATOLOGICO	OBSERVACIONES
PRESION ARTERIAL			
FREC. CARDÍACA			
ECG			
ERGOMETRIA			
OTROS			

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO

ESTUDIO	NORMAL	PATOLÓGICO	OBSERVACIONES
AUDIOMETRÍA			

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN ODONTOLÓGICO

ESTUDIO	NORMAL	PATOLÓGICO	OBSERVACIONES
EXAMEN ODONTOLÓGICO			
ODONTOGRAMA			
EXAMEN TEJIDOS BLANDOS			
EXAMEN TEJIDOS DUROS			
EXAMEN GINGIVO PERIODONTAL			
ARTICULACIÓN TEMPORO MAXILAR			
OTROS			

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

ESTUDIO	NORMAL	PATOLÓGICO	OBSERVACIONES
AGUDEZA VISUAL	8/10 O MAS	MENOS 8/10	
• SIN CORREC.			
VISIÓN CROMÁTICA			
OTROS			

.....
FIRMA Y SELLO

EXAMEN NEUROLÓGICO

ESTUDIO	NORMAL	PATOLÓGICO	OBSERVACIONES
EXAMEN NEUROLÓGICO CLINICO			
OTROS			

.....
FIRMA Y SELLO

CONCLUSIONES MÉDICAS

.....
FIRMA Y SELLO

FORMULARIO	APELLIDO:..... NOMBRE:..... D.N.I. Nº:..... FIRMA DE CONFORMIDAD:.....	<p style="text-align: center;">CONCLUSIÓN MÉDICA</p> APTO <input type="checkbox"/> NO APTO <input type="checkbox"/> <p style="text-align: right;">..... FIRMA AUTORIDAD</p>
-------------------	---	--



FIGHA MÉDICA - INGRESO 2020

INSCRIPCIÓN N°

APELLIDO:

NOMBRE:

DNI:

FEC DE NAC:

DOMICILIO:

NUMERO:

DPTO:

LOCALIDAD:

EST. CIVIL:

N° DE TEL:

A PADECIDO O PADECE DE:

Tilde cada ítem	SI	NO	Tilde cada ítem	SI	NO	Tilde cada ítem	SI	NO
Sarampión			Pleuresía			Apatía/desgano		
Parotiditis			Asma			Irritabilidad		
Rubeola			Rinitis Alérgica			Ansiedad		
Varicela			Otitis			Trast. Sensoriales		
Tos convulsa			Sinusitis			Zumbidos		
Difteria			Amigdalitis			Vértigo – Mareos		
Escarlatina			Dermatitis a repet.			Neuropatías		
Paludismo			Politraumatismos			Cefaleas graves		
Tifoidea			Traum. de cráneo			Sonambulismo		
Sífilis			Fract./luxaciones			Trast. Urinarios		
HIV			Heridas graves			Hipertiroidismo		
Hepatitis B			Desmayos			Hipotiroidismo		
Hepatitis C			Amnesia			Art. Reumatoidea		
Otra ETS			Convulsiones			Artrosis		
Tuberculosis			Hipertensión Art.			Insomnio		
F. Reumática			Hipotensión Art.			Pérdida de peso		
Bronconeumonía			Anemia			Enfermedad celíaca		
Neumonía			Diabetes			Pérdida de memoria		
Bronquitis Crónica			Infección Urinaria			Perd. de conciencia		
Palpitaciones			Epilepsia			Anginas		
Dolor de pecho			Convulsiones			Hábitos tóxico		
Migraña			Hepatitis A			• Alcohol		
Gastritis			Fobias o Pánico			• Drogas		
Colon irritable			Depresión			Otros		

INDIQUE SI TIENE LAS SIGUIENTES VACUNAS:

VACUNAS	SI	NO	OBSERVACIONES
Neumococo Conjugada			
Meningococo			
Gripe			
Triple Viral			
Varicela			
Triple Bacteriana			
Hepatitis B			

Intolerancia o alergia a medicamentos (especificar)	SI	NO	
Intervención quirúrgica (especificar causa y año)	SI	NO	
Hábito Tabáquico (especificar edad de comienzo y cantidad de cigarrillos por día)	SI	NO	
Internaciones (especificar causa y año)	SI	NO	
Otras enfermedades (especificar)	SI	NO	
Medicación habitual diaria (específicas)	SI	NO	

Ampliar información de ser necesaria:

.....

Declaro que los datos que anteceden dados por mí son la expresión fiel de la verdad y constituyen carácter de DECLARACIÓN JURADA.

LUGAR Y FECHA: _____.-

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN DEL POSTULANTE



FICHA ODONTOLÓGICA COMPLEMENTARIA - INGRESO 2020

INSCRIPCIÓN N°

FICHA ESTOMATOGNÁTICA

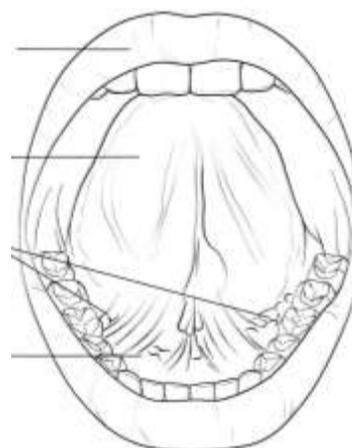
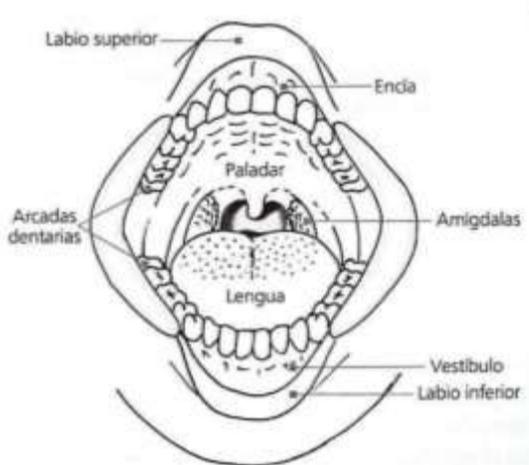
APELLIDO/S Y NOMBRE/S	FECH. NAC	EDAD	DNI N°
DOMICILIO	N°	BARRIO	LOCALIDAD

APELLIDO/S Y NOMBRE/S PADRE	FECH. NAC	EDAD	DNI N°
APELLIDO/S Y NOMBRE/S MADRE	FECH. NAC	EDAD	DNI N°

EXAMEN EXTRAORAL

PERFIL	Cóncavo	Recto	Convexo
TONO MUSCULAR	Normal	Tenso	Flácido
COMISURA	Normal	Ulcerada ...	Presionada
ATM	Dolor articular	Si	No
	Apertura	Si	No
	Cierre	Si	No
Desviación mandibular	Centrica.....	Derecha....	Izquierda.....

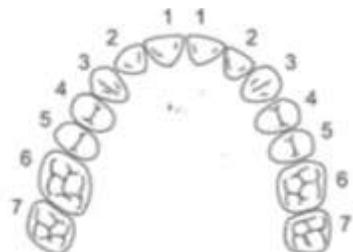
EXAMEN INTRAORAL



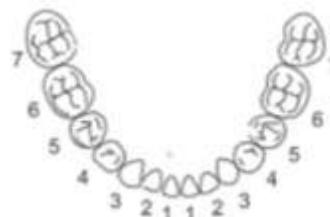
TEJIDOS BLANDOS:

MUCOSA	
PALADAR DURO	
PALADAR BLANDO	
LENGUA	
PISO DE BOCA	
ENCIAS	

DIAGRAMA DE PROTESIS REMOVIBLE:



SUP



INF

OBSERVACIÓN:



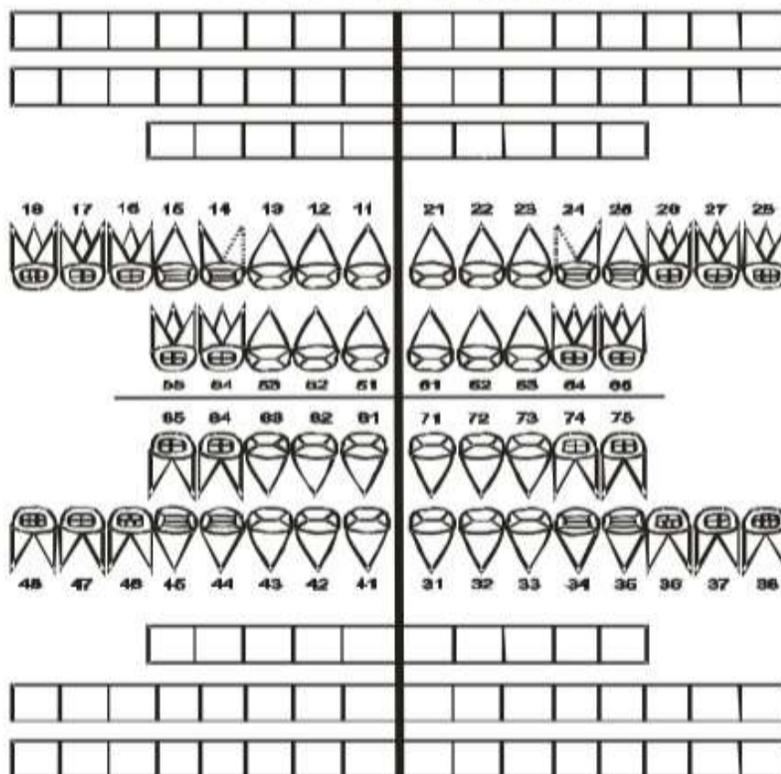
FICHA ODONTOLÓGICA COMPLEMENTARIA-INGRESO 2020

INSCRIPCIÓN Nº

FICHA ESTOMATOGRÁFICA

APELLIDO/S Y NOMBRE/S	FECH. NAC	EDAD	DNI Nº
DOMICILIO	Nº	BARRIO	LOCALIDAD
APELLIDO/S Y NOMBRE/S PADRE	FECH. NAC	EDAD	DNI Nº
APELLIDO/S Y NOMBRE/S MADRE	FECH. NAC	EDAD	DNI Nº

ODONTOGRAMA



ESPECIFICACIONES:.....

Sr/a Profesional, efectúe sus anotaciones con claridad y letras de molde. Lo consignado reviste carácter de documento y se ajusta a lo dispuesto por la Ley 26.812.

SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PROFESIONAL

DIRECCION PROFECIONAL

Para el registro de hallazgos en el Odontograma solo se utilizará los colores rojo y azul.

En los recuadros correspondientes a las piezas dentarias en donde se especifique el tipo de tratamiento se registrará las siglas en **color azul cuando el tratamiento se encuentra en buen estado** y en **color rojo cuando se encuentra en mal estado**. Asimismo, los tratamientos temporales se registrarán de color rojo.

En el rubro de especificaciones se debe explicar, determinar, aclarar con individualidad los hallazgos que no pueden ser registrados gráficamente.



MINISTERIO DE
SEGURIDAD



GOBIERNO DE
TUCUMÁN

POLICÍA DE TUCUMÁN

FORMULARIO DE EXAMEN DE EDUCACIÓN FÍSICA PARA ASPIRANTE A CADETE DE PRIMER AÑO DEL INSTITUTO DE ENSEÑANZA SUPERIOR DE POLICÍA “GRAL. JOSÉ FRANCISCO DE SAN MARTÍN”

APELLIDO/S:

NOMBRE /S:

D.N.I.:

FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

FOMULARIO NRO.:

La aprobación del EXAMEN DE EDUCACIÓN FÍSICA requerirá la obtención de un puntaje mínimo de sesenta (60) sobre cien (100) puntos por materia o de doscientos cuarenta (240) puntos en la sumatoria de las cuatro pruebas, siempre y cuando no se obtenga menos de cuarenta (40) puntos en ninguna de ella.

RESULTADOS			
FUERZA FLEXORA DE TRONCO	FUERZA EXTENSORA DE BRAZOS	POTENCIA AERÓBICA 1000 MTS	PRUEBA DE NATACIÓN 25 MTS
Nº REAL	Nº REAL	Nº REAL	Nº REAL
PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE
.....
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
.....
ACLARACIÓN	ACLARACIÓN	ACLARACIÓN	ACLARACIÓN

PROMEDIO

.....

FIRMA DEL ASPIRANTE:.....

APLARACIÓN:.....



DEPARTAMENTO PERSONAL D.1
SECCION RECLUTAMIENTO
CHILE Y SAN MIGUEL, 1er PISO
S. M. de Tucumán – Tucumán – República Argentina
(0381) 4321514

REVISACIÓN MÉDICA PARA INCORPORACIÓN DE ASPIRANTES A CADETE DE
PRIMER AÑO

FORMULARIO N°.....

APELLIDO.....

NOMBRE.....

DNI..... FECHA DE NACIMIENTO.....

DOMICILIO.....
.....

Por la presente doy mi consentimiento libre y voluntario para que me sea practicada una inspección médica y registro fotográfico en caso se requiera previa a mi incorporación a este instituto.

Dejo constancia que me han explicado que la información que surja de la presente, es para saber si me encuentro en condiciones físicas de incorporarme y de realizar todas las actividades del taller propedéutico 2019 del "I.E.S.P.G.J.F.S.M", la que será agregada a mi legajo personal.

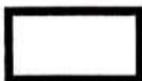
Declaro bajo juramento haber comprendido lo explicado y acepto las condiciones propuestas.

.....
APELLIDO Y NOMBRE

.....
FIRMA

FECHA DE REVISACIÓN MÉDICA.....

HORA:



**PUEDE CONTINUAR
EN EL PROCESO DE
SELECCION**



**NO PUEDE CONTINUAR
EN EL PROCESO DE
SELECCION**

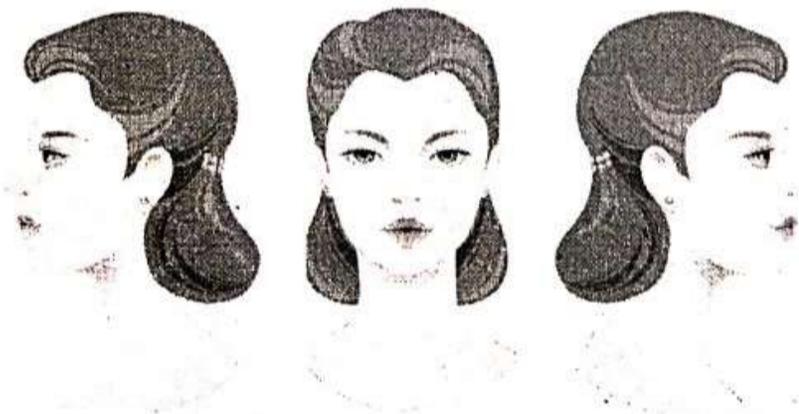
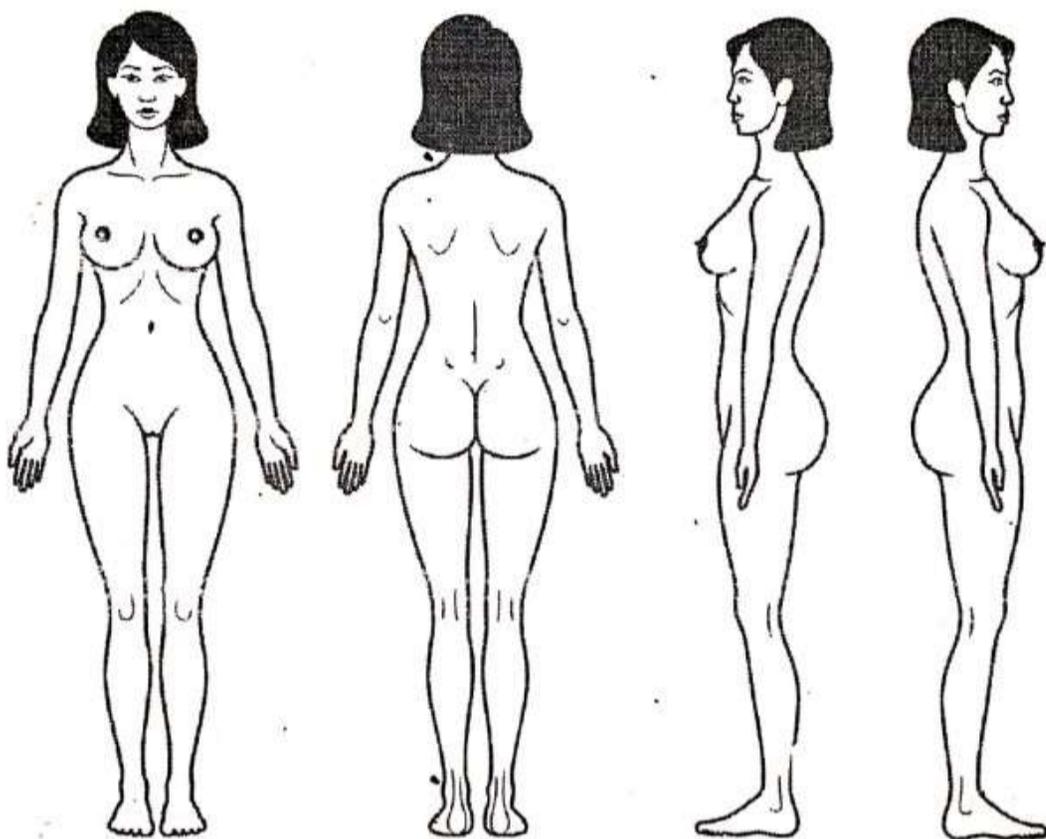
.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

OBSERVACIONES: En caso de que el aspirante tenga alguna novedad, el profesional médico lo hará constar en el nuevo anexo "A" y "B".



ANEXO "A"
(Revisación médica para incorporación
de aspirantes a cadete de primer año)

Dermatológico



Observaciones:



ANEXO "B"
(Revisación médica para incorporación de aspirantes a cadete de primer año)

Aparato Locomotor:

Miembro Superior	Izq
	Der
Miembro Inferior	Izq
	Der
Columna Vertebral	Dorsal
	Lumbo-sacra

Oftalmológico: Anteojos Si / No

Genitourinario:

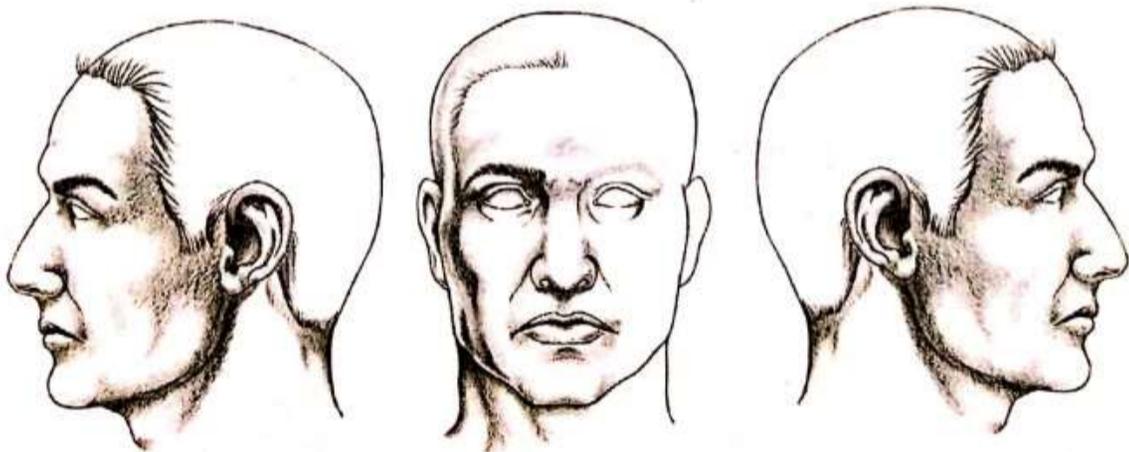
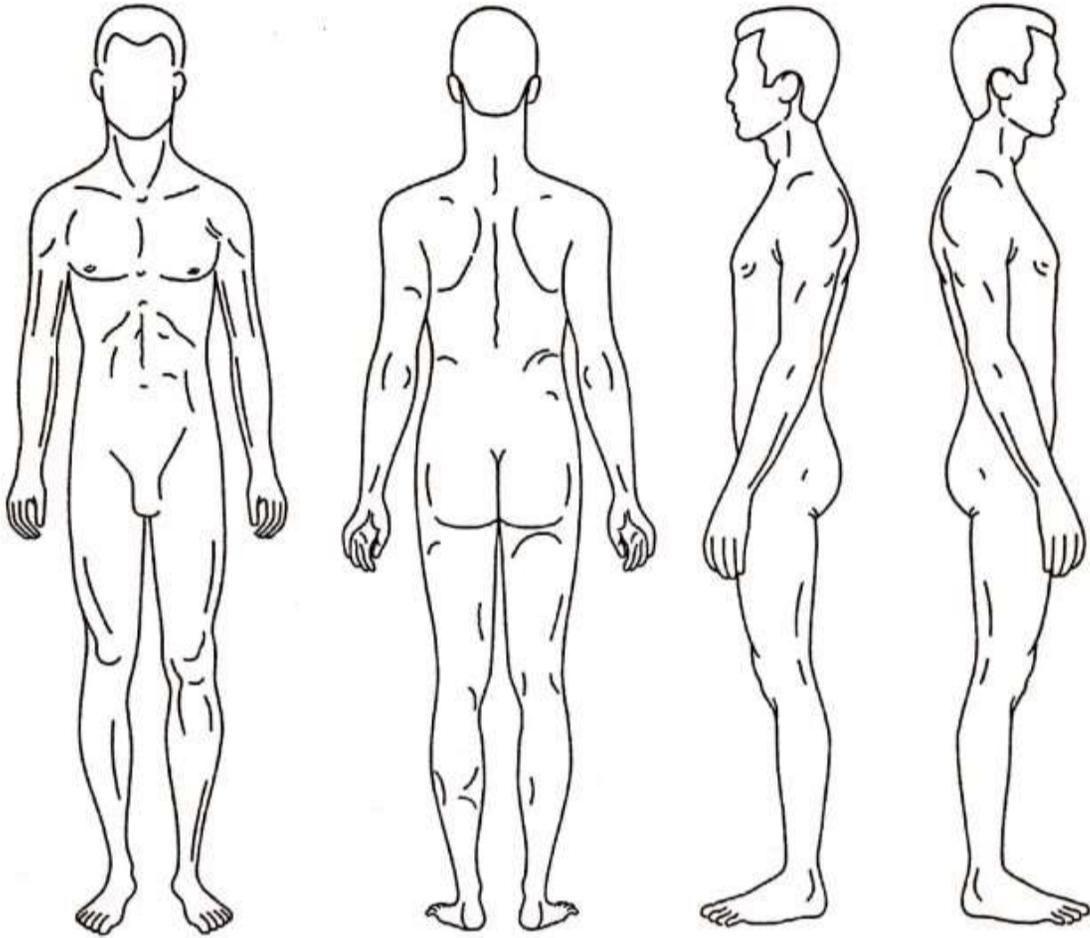
Cardio-Respiratorio:

Otras Observaciones:



ANEXO "A"
(Revisación médica para incorporación de aspirantes a cadete de primer año)

Dermatológico



Observaciones:



Aparato Locomotor:

Miembro Superior	Izq
	Der
Miembro Inferior	Izq
	Der
Columna Vertebral	Dorsal
	Lumbo-sacra

Oftalmológico: Anteojos Si / No

Genitourinario:

Cardio-Respiratorio:

Otras Observaciones:

