

CÓDIGO: CSI – CS 002

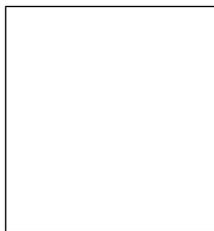
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN
MÉDICA - ODONTOLÓGICA**

Yo, _____; venezolano, titular de la Cédula de Identidad N°, _____, autorizo, libremente y en pleno ejercicio de mis facultades cognitivas e intelectuales y sin coerción o presión alguna por parte de ninguna persona, a la Universidad Nacional Experimental de la Seguridad (UNES) a realizar las evaluaciones clínicas y paraclínicas solicitadas dentro de un proceso de Captación y Selección. Asimismo, doy fe de haber recibido la información concerniente a mi evaluación médica y lo relacionado con el resguardo y confidencialidad de los resultados de dichas pruebas.

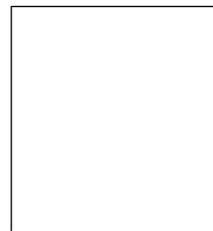
Declaro bajo juramento haber respondido completa y correctamente todas las preguntas de esta evaluación médica inherente a mis datos personales y estado de salud. **La falsificación de documentos y la injuria en la declaratoria y/o consignación de documentos será asumida por la UNES como causal de exclusión al Aspirante y dar de baja al Discente, en caso de comprobarse los hechos.**

En _____ a los _____ días de mes _____ del año _____

FIRMA DEL ASPIRANTE



PULGAR IZQUIERDO



PULGAR DERECHO

EVALUACIÓN MÉDICA DE LOS ASPIRANTES (UNES)

PROCESO DE CAPTACIÓN Y SELECCIÓN 20()										1. Código: CSI – CS - 001	
										2. Fecha: / /	
REGISTROS MÉDICOS										3. Hora:	
4. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE											
Apellidos y Nombres:										N° de Cédula:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento:				Lugar de Nacimiento:					
Estado Civil:				Teléfono 1:				Teléfono 2:			
5. CONSIGNACIÓN DE EXÁMENES PARACLÍNICOS											
N°	QUÍMICA SANGUÍNEA	SI	NO	N°	SEROLOGÍA	SI	NO	N°	RADIOLOGÍA	SI	NO
1	Hematología Completa			1	Hepatitis B (Ag, SHB y HBC)			1	RX Tórax		
2	PT - PTT			2	Hepatitis C (HVC)			2	RX de Columna Toraco-Lumbar AP		
3	Glicemia			3	VIH			3	RX de Columna Toraco-Lumbar Lateral		
4	Creatinina			4	VDRL			N°	OTROS EXÁMENES PARACLÍNICOS	SI	NO
5	Urea			N°	UROANÁLISIS	SI	NO	1	Evaluación Audio métrica		
6	Colesterol total y fragmentado			1	Examen de Orina			2	Evaluación Oftalmológica		
7	Triglicéridos			6. OBSERVACIONES							
8	TGO - TGP										
9	HCG (Solo Mujeres)										
7. RESPONSABLE										FIRMA	
Apellidos y Nombres:						N° de Cédula:					

EVALUACIÓN MÉDICA DE LOS ASPIRANTES (UNES)

PROCESO DE CAPTACIÓN Y SELECCIÓN 20()						1. Código: CSI - CS - 005	
						2. Fecha: / /	
EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA						3. Hora:	
4. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE							
Apellidos y Nombres:						N° de Cédula:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento:		Teléfono 1:		Teléfono 2:	
5. DESCRIPCIÓN							
N°	EXPLORACIÓN ODONTOLÓGICA I	SI	NO	N°	EXPLORACIÓN ODONTOLÓGICA III	SI	NO
1	Paciente Edéntulo Total Parcial Anterior no Rehabilitado			1	Necesidad de tratamiento odontológico		
2	Queilosquisis y Palatosquisis no Corregida				a. Preventivo		
3	Disfunciones en Articulaciones Temporomandibular (ATM) (Apertura limitada)				b. Restaurador		
4	Hábitos Para funcionales: Bruxismo				c. Periodontal		
N°	Exploración odontológica II	SI	NO	N°		SI	NO
1	Presencia de patología de tejidos blandos de diagnóstico reservado				d. Endodónticas		
	a. Pared posterior bucal	SLA	CL		e. Quirúrgico		
	b. Paladar blando	SLA	CL	N°	CONDICIÓN SEGÚN EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA		
	c. Paladar duro	SLA	CL	1	RECOMENDACIONES		
	d. Piso de boca	SLA	CL	2	CONDICIONADO		
	e. Lengua	SLA	CL	3	DIFERIDO		
	f. Zona retromolar	SLA	CL	4	NO RECOMENDADO		
	g. Carrillos	SLA	CL	6. OBSERVACIONES			
	h. Encía	SLA	CL				
	i. Frenillo Labial	SLA	CL				
	j. Frenillo Lingual	SLA	CL				
	k. Glándula Parótida	SLA	CL				
	l. Glándula Submaxilar	SLA	CL				
7. DATOS DEL ODONTÓLOGO(A):							
Nombre y Apellido:			N° Cédula:		MAT MPPS:		FIRMA

EVALUACIÓN MÉDICA DE LOS ASPIRANTES (UNES)

PROCESO DE CAPTACIÓN Y SELECCIÓN 20()						1. Código: CSI – CS - 003					
						2. Fecha: / /					
ÁREA DE DATOS PRECLÍNICOS										3. Hora:	
4. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE											
Apellidos y Nombres:								N° de Cédula:			
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento:				Teléfono 1:			Teléfono 2:		
5. REGISTRO DE DATOS PARACLÍNICOS											
VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS		//		VALORACIÓN		VARIABLES PARACLÍNICAS		//		VALORACIÓN	
PESO				INUTILIZADO		TEMPERATURA					
TALLA (cm)				INUTILIZADO		TENSIÓN ARTERIAL (SISTÓLICA)					
INC (Kg/M ²)						TENSIÓN ARTERIAL (DIASTÓLICA)					
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA (cm)						ELECTROCARDIOGRAMA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
6. COMENTARIO CLÍNICO DEL ELECTROCARDIOGRAMA											
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">VISTA CORPORAL ANTERIOR</div> <p>Captura de Imagen</p> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">VISTA CORPORAL LATERAL IZQUIERDO</div> <p>Captura de Imagen</p> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">VISTA CORPORAL LATERAL DERECHO</div> <p>Captura de Imagen</p> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">VISTA CORPORAL POSTEROR</div> <p>Captura de Imagen</p> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
7. RESPONSABLE:										FIRMA	
Nombres y Apellidos:					N° Cédula:						

EVALUACIÓN MÉDICA DE LOS ASPIRANTES (UNES)

PROCESO DE CAPTACIÓN Y SELECCIÓN 20()						1. Código: CSI – CS - 004	
						2. Fecha: / /	
EVALUACIÓN MÉDICA GENERAL						3. Hora:	
4. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE							
Apellidos y Nombres:						N° de Cédula:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento:		Teléfono 1:		Teléfono 2:	
5. DESCRIPCIÓN							
N°	APARIENCIA PERSONAL	SI	NO	N°	TRASTORNOS SENSORIALES	SI	NO
1	Piercing, aretes, túneles, otros			1	Visuales I: Desprendimiento de retina, estrabismo, hemianopsias, glaucoma, catarata, ptosis, palpebral o parálisis de músculo oculares		
2	Cicatrices de heridas por armas blancas y/o de fuegos.			2	Visuales II: Errores refractarios (miopía: > + 3 Diop. Esf. Astigmatismo: > 1,5 Diop. Esf.)		
3	Tatuajes extensos y/o en zonas visibles			3	Visuales III: Daltonismo.		
N°	EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL	SI	NO	N°	PATOLOGÍAS	si	NO
1	Ausencia y/o deformaciones de miembros superiores y/o inferiores o segmentos articulares.			4	Olfativos: Rinopatías y/o sinusopatías, desviaciones de tabique, otros.		
2	Deformidades de boca limitantes de la capacidad foniátrica (labio leporino, paladar hendido, otros)			5	Auditivas: Pérdida auditiva > 30 db		
3	Ausencia y/o deformidades de ojos, nariz, pabellón articular			1	Hipertensión arterial crónica		
4	Enfermedades en la piel (eczemas, psoriasis, erupciones, acneiformes, crónicas, dermatosis, xerosis, hederqueratosis, petequias, otros)			2	Asma bronquial, EPOC, TBCP activa, otros		
5	Problemas motrices en marcha, equilibrio, y/o coordinación			3	Epilepsia y convulsiones de tipo neuronal		
6	Distrofias musculares			4	Trombocitopenia, trastornos de coagulación, leucopenia, anemia severa, leucemia		
7	Malformaciones o discapacidades de tórax y columna vertebral (escoliosis moderadas y/o severas).			5	Dislipidemia severa		
8	Varices y/o enfermedad vascular periférica (moderada y crónica).			6	Serología viral positiva (Hepatitis B y C, VDRL)		
9	Hernias inguinales, umbilicales, hidrocele, varicocele, y/o hepatomegalia			7	Insuficiencia renal, nefropatías		
10	Túnel Carpiano y/o pie plano			8	Enfermedades oncológicas - SIDA		
N°	PRE-CLÍNICA	SI	NO	N°	CONDICIONES ESPECIALES	si	NO
1	IMC < 18 Y > 31 Kg / m ²			1	Post-operatorio que limiten funcionalismo (nefrectomía, hemicolectomías, esplenectomías, otras)		
2	Circunferencia de cintura > 90 cm			2	Cualquier procedimiento quirúrgico u obstétrico < 90 días		
3	Tensión Arterial (rep) ≤ 80 y ≥ 110 mm Hg			3	Embarazo (cualquier semana de gestación)		
4	ECG: cardiopatías, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca, síncope.						
5	Cardiomegalia						

EVALUACIÓN MÉDICA DE LOS ASPIRANTES (UNES)

PROCESO DE CAPTACIÓN Y SELECCIÓN 20()		1. Código: CSI – CS - 004	
		2. Fecha: / /	
EVALUACIÓN MÉDICA GENERAL			3. Hora:
4. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE			
Apellidos y Nombres:		N° de Cédula:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:	Teléfono 1:	Teléfono 2:
5. OBSERVACIONES			

6. CONDICIONES SEGÚN EVALUACIÓN MÉDICA	(X)
RECOMENDADO	
CONDICIONADO	
DIFERIDO	
NO RECOMENDADO	

SELLO INSTITUCIONAL

7. DATOS DEL MÉDICO(A):		
Apellidos y Nombres:		FIRMA
N° de Cédula:	MAT. MPPS:	

CÓDIGO: CSI – CS 006

**ACTA DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN
MÉDICA - ODONTOLÓGICA**

Quienes suscribimos, _____, titular de la Cédula de identidad N°, _____ Jefe de la Unidad del Servicio Médico del Centro de Formación, _____ UNES, y _____, titular de la Cédula de identidad n° _____ Médico(a) evaluador UNES, por medio de la presente hacemos constar, que el Ciudadano(a), _____, venezolano titular de la Cédula de identidad N°, _____, ha sido evaluado como aspirante, desde el punto de vista Médico – Odontológico.

Una vez realizadas las pruebas correspondientes y culminado satisfactoriamente el circuito de evaluación, según lo previsto en el **“Instructivo para la evaluación Médica – Odontológica en el proceso de Captación y Selección de Aspirantes UNES”**, El médico(a), evaluador(a), calificó al aspirante con la categoría de: _____

En fe de todo lo presentado, revisado, levantamos y firmamos el presente veredicto en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año dos mil _____

Jefe del Servicio Médico

SELLO INSTITUCIONAL



Médico(a) Evaluador(a)
