



**FORMULARIO DE DATOS PERSONALES**

**Apellido(s):** \_\_\_\_\_

**Nombres:** \_\_\_\_\_

**Domicilio actual:** \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ T.E: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Clase: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ D.N.I. N°: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ ¿Hijos? \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

¿Familia o persona alguna que se encuentre a su cargo? **SI - NO**

¿Vinculo? \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ D.N.I. N° \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cel. o Tel N° \_\_\_\_\_

Profesión o empleo: \_\_\_\_\_ Pensionado/a **SI - NO** Jubilado/a: **SI - NO**

**ESTUDIOS REALIZADOS:**

- **Primario Si - No - Secundario Si - No - Terciario Si - No - Universitario Si - No**

Título último año: \_\_\_\_\_ Año de Egreso: \_\_\_\_\_

**OTROS ESTUDIOS REALIZADOS/QUE REALIZA O REALIZO: SI - NO**

¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿Continúa? **SI - NO**

Causas de baja/abandono: \_\_\_\_\_

**DATOS LABORALES:** ¿Trabaja o trabajó? **SI - NO** ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Solicito o fue dado de baja en alguna institución Militar, Civil – Militar, fuerza de Seguridad? **SI - NO**

¿Motivo? \_\_\_\_\_

¿Qué otros trabajos esta en condición de realizar? \_\_\_\_\_

¿Por qué desea ingresar al Servicio Penitenciario y de Readaptación Social? \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DE LOS PADRES:**

**PADRE:** Apellido y nombres: \_\_\_\_\_

¿Vive? **SI - NO** Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

D.N.I. N° \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cel. o Tel N° \_\_\_\_\_

Profesión o empleo: \_\_\_\_\_ Pensionado/a **SI - NO** Jubilado/a: **SI - NO**

**MADRE:** Apellido y nombres: \_\_\_\_\_

¿Vive? **SI - NO** Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

D.N.I. N° \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cel. o Tel N° \_\_\_\_\_

Profesión o empleo: \_\_\_\_\_ Pensionado/a **SI - NO** Jubilado/a: **SI - NO**

**ESPOSA/CONYUGUE:** Apellido y nombres: \_\_\_\_\_

¿Vive? **SI - NO** Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

D.N.I. N° \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cel. o Tel N° \_\_\_\_\_

Profesión o empleo: \_\_\_\_\_ Pensionado/a **SI - NO** Jubilado/a: **SI - NO**

**DATOS PERSONALES DE HERMANOS:**

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_

¿Vive? **SI - NO** Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

D.N.I. N° \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cel. o Tel N° \_\_\_\_\_

Profesión o empleo: \_\_\_\_\_ Pensionado/a **SI - NO** Jubilado/a: **SI - NO**

---

---

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_

¿Vive? **SI - NO** Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

D.N.I. N° \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cel. o Tel N° \_\_\_\_\_

Profesión o empleo: \_\_\_\_\_ Pensionado/a **SI - NO** Jubilado/a: **SI - NO**

---

---

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
¿Vive? **SI – NO** Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
D.N.I. N° \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Cel. o Tel N° \_\_\_\_\_  
Profesión o empleo: \_\_\_\_\_ Pensionado/a **SI – NO** Jubilado/a: **SI – NO**

---

---

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
¿Vive? **SI – NO** Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
D.N.I. N° \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Cel. o Tel N° \_\_\_\_\_  
Profesión o empleo: \_\_\_\_\_ Pensionado/a **SI – NO** Jubilado/a: **SI – NO**

---

---

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
¿Vive? **SI – NO** Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
D.N.I. N° \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Cel. o Tel N° \_\_\_\_\_  
Profesión o empleo: \_\_\_\_\_ Pensionado/a **SI – NO** Jubilado/a: **SI – NO**

---

---

**Declaro conocer y aceptar las condiciones de ingreso, y las vacantes establecidas.**

SE HACE CONOCER QUE LO EXPRESADO TIENE CARÁCTER DE **DECLARACIÓN JURADA** Y POR LO TANTO, LA FALSEDAD U OMISION DE DATOS IMPLICARÁ SU **EXCLUSIÓN DEL PROCESO DE INCORPORACIÓN Y QUEDARÁ INHABILITADO** PARA FUTURAS INCORPORACIONES QUE REALICE EN EL SERVICIO PENITENCIARIO PROVINCIAL.

RESISTENCIA,..... Del mes de.....de.....

Firma del postulante: ..... D.N.I. N°: .....Aclaración:

La presente solicitud debe ser rellena con MAQUINA DE ESCRIBIR O LETRA DE IMPRENTA

---

---

**CERTIFICADO MÉDICO**

**Para la realización de las Pruebas Físicas de ingreso al “VII° CURSO DE FORMACIÓN PARA SUBADJUTORES”, Convocatoria Año 2024, los exámenes de Admisión requeridos por el Instituto de Formación Penitenciaria, constan de las siguientes actividades:**

- 1) Test de 2000 metros (Tiempo máximo MASCULINO 9' 00", tiempo Máximo para FEMENINO 10'30").
- 2) Test de Abdominales 30" (30 ejercicios como mínimo para MASCULINO, y 21 ejercicios como mínimo para FEMENINO).
- 3) Test de Salto horizontal a pies juntos (para MASCULINO como mínimo 2,00 metros, para FEMENINO como mínimo 1,60 metros).
- 4) Test de Dominadas (MASCULINO como mínimo 05 repeticiones, y para FEMENINO como mínimo 24").
- 5) Resistencia a la Velocidad 100 metros (como mínimo para MASCULINO 19", para FEMENINO como mínimo 21").

**CERTIFICO QUE:** .....

CON D.N.I. Nº.....DE.....AÑOS DE EDAD, EN FECHA: / / , HA SIDO EXAMINADO Y SE ENCUENTRA **APTO / NO APTO**, PARA EL PROCESO DE EXIGENCIAS FISICAS DE ADMISIÓN DEL PRESENTE AÑO EN EL INSTITUTO DE FORMACION PENITENCIARIA DE LA PROVINCIA DEL CHACO

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

---

**Nota:**

- Este Certificado Médico debe ser expedido por profesionales de Salud Pública y/o Privada de la Provincia del Chaco.
  - El postulante que no presente este Certificado no podrá someterse a las pruebas físicas previstas, y en consecuencia, quedará excluido del proceso de selección.
  - Presentar Electrocardiograma (ECG)
- 
-

**SEÑOR:  
JEFE INSTITUTO DE FORMACIÓN PENITENCIARIA  
SU DESPACHO:**

El que suscribe, \_\_\_\_\_

D.N.I N° \_\_\_\_\_, Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

Solicito a Ud., se me incluya en la lista de postulantes para ingresar como alumno del Instituto de Formación Penitenciaria, en el "VII° CURSO DE FORMACIÓN PARA SUBADJUTORES", Convocatoria Año 2024.

A los fines legales pertinentes hago constar que me domicilio en: \_\_\_\_\_, de la ciudad/localidad de:

\_\_\_\_\_ y que autorizo por la presente a que se informen sus antecedentes, en función de lo previsto en el artículo 51° del Código Penal de la Nación (Modificado por Ley N° 23.057). Asimismo, declaro y acepto las condiciones, requisitos y exámenes de ingreso de la presente convocatoria, a los que accederé de manera voluntariamente; aceptando el régimen y exigencias de los Planes de Estudios del Instituto de Formación Penitenciaria, así como las disposiciones internas y normas que regulan el funcionamiento del establecimiento educativo, comprometiéndome a observarlas.

Declaro, bajo juramento, que no fui dado de baja anteriormente por razones disciplinarias de Institutos de Formación de las Fuerzas Armadas, de Seguridad y/o Policiales.

Adjunto FORMULARIO DATOS PERSONALES, debidamente conformado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Postulante

\_\_\_\_\_  
La presente solicitud debe ser rellena con LETRA DE IMPRENTA MAYUSCULA LEGIBLE.

## DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Este cuestionario revierte el carácter de "Declaración Jurada" en consecuencias todo ocultamiento o falsa información es causa suficiente para la aplicación de las sanciones previstas en el Art. 293 del Código Penal.

### CUESTIONARIO

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Nació a término \_\_\_\_\_ Parto Normal \_\_\_\_\_ Se aplicó Vacunas: Antidiftérica \_\_\_\_\_ Antifífica \_\_\_\_\_ Anticoqueluchosa \_\_\_\_\_

Se aplicó sueros: Antitetánicos \_\_\_\_\_ Antidiftérico \_\_\_\_\_ Antirrábico \_\_\_\_\_ Antiofídico \_\_\_\_\_.

Practica Deportes: \_\_\_\_\_ Fuma: \_\_\_\_\_ Que cantidad: \_\_\_\_\_

Toma actualmente medicina: \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_ Porqué: \_\_\_\_\_

### HA PADECIDO O PADECE ACTUALMENTE DE:

Mal de Chagas \_\_\_\_\_ Difteria \_\_\_\_\_ Fiebre alta prolongada \_\_\_\_\_

Escarlatina \_\_\_\_\_ Reumatismo \_\_\_\_\_ Fiebre por las Tardes \_\_\_\_\_

Brucelosis \_\_\_\_\_ Sarampión \_\_\_\_\_ Enf. Veneras \_\_\_\_\_

Tuberculosis \_\_\_\_\_ Paperas \_\_\_\_\_ Enf. De los pies \_\_\_\_\_

Paludismo \_\_\_\_\_ Parálisis \_\_\_\_\_ Enf. De los Ganglios \_\_\_\_\_

Falta de aire (disnea) \_\_\_\_\_ Hemorragias nasales \_\_\_\_\_ Ronquera \_\_\_\_\_

Asma \_\_\_\_\_ Supuración de oídos \_\_\_\_\_ Disfonía \_\_\_\_\_

Bronquitis a repetición \_\_\_\_\_ Zumbidos y vértigo \_\_\_\_\_

Resfríos Frecuentes \_\_\_\_\_ Dificultades para oír \_\_\_\_\_

Sinusitis \_\_\_\_\_ Alergia \_\_\_\_\_

Picazón nasal \_\_\_\_\_ Expectoración con Sangre \_\_\_\_\_

Enfermedades de pulmón \_\_\_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_

Enfermedades de Corazón \_\_\_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_

Presión alta \_\_\_\_\_ Debilidad y Fatiga \_\_\_\_\_ Lesiones que no cicatrizan \_\_\_\_\_

Palpitaciones \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Varices hemorroides \_\_\_\_\_

Enfermedades de estómago \_\_\_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_

Vómitos con sangre \_\_\_\_\_ Dolor de Hígado \_\_\_\_\_ Aumento o pérdida de peso \_\_\_\_\_

Intolerancia alimentaria \_\_\_\_\_ Diarreas Frecuentes \_\_\_\_\_ Intoxicaciones \_\_\_\_\_

Visión doble \_\_\_\_\_ Confusión de colores \_\_\_\_\_ Otras enf. De la vista \_\_\_\_\_

Dificultad para leer \_\_\_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_ Orzuelos \_\_\_\_\_

Enfermedades de la columna \_\_\_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_

Articulaciones dolorosas \_\_\_\_\_ Golpe en la cabeza \_\_\_\_\_ Dolores de espalda \_\_\_\_\_

Dolores de cabeza \_\_\_\_\_ Dolores de cintura \_\_\_\_\_ ciática-lumbago \_\_\_\_\_

Fracturas \_\_\_\_\_ Dolores de brazos y hombros \_\_\_\_\_ hernia \_\_\_\_\_  
Angustia \_\_\_\_\_ Dificultad para dormir \_\_\_\_\_  
Nervios habitual \_\_\_\_\_ preocupación excesiva por la salud \_\_\_\_\_  
Convulsiones \_\_\_\_\_ Temores \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ hormigueos \_\_\_\_\_  
Algún síntoma físico de origen nervioso \_\_\_\_\_  
Ataques de Nervio \_\_\_\_\_ Incomodidad en lugares cerrados \_\_\_\_\_ manía del orden,  
Limpieza \_\_\_\_\_ celos exagerados \_\_\_\_\_  
Cuida mucho antes de tomar una decisión \_\_\_\_\_  
Tiene épocas de depresión o tristeza \_\_\_\_\_ pensó eliminarse \_\_\_\_\_  
Se sienten injustamente tratados por quienes lo rodean \_\_\_\_\_  
Se relaciona fácilmente con la gente \_\_\_\_\_ se siente extraño o diferente \_\_\_\_\_  
Ha consultado alguna vez con un psiquiatra o psicólogo \_\_\_\_\_ desea hacerlo \_\_\_\_\_  
Estuvo alguna vez internado \_\_\_\_\_ donde \_\_\_\_\_ porque motivos \_\_\_\_\_  
Indique que operaciones ha tenido \_\_\_\_\_  
Fue expulsado del servicio militar \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_  
Ha consultado muchos médicos \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_  
Fue expulsado de algún trabajo por razones de salud \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_  
Padre vive? \_\_\_\_\_ está a su cargo \_\_\_\_\_ madre vive? \_\_\_\_\_ está a su cargo \_\_\_\_\_  
Falleció? \_\_\_\_\_ causa \_\_\_\_\_ falleció \_\_\_\_\_ causa \_\_\_\_\_  
Tiene o tuvo alguna enfermedad? \_\_\_\_\_ tiene o tuvo alguna enfermedad? \_\_\_\_\_  
Cuál? \_\_\_\_\_ cual? \_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento que mis respuestas son verdaderas y que no oculto ninguna afección pasada ni presente facultando a la Dirección General de personal a requerir cualquier otra información que considere necesaria.

Lugar \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_



**PRUEBA DE SELECCIÓN III**  
**EXAMEN PSICOTÉCNICO**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nombre:.....

DNI:..... Fecha:.....

Por la presente, doy mi consentimiento libre y voluntario para realizar entrevistas psicodiagnósticas y técnicas de evaluación psicológica en el marco del ingreso al Servicio Penitenciario y de Readaptación Social de la Provincia del Chaco. Dejo constancia que se me ha explicado que la información que surja de la presente instancia podrá ser utilizada solamente a los fines de la evaluación de mi perfil psicológico-laboral. Por fuera de la misma todos los datos aportados se encuentran comprendidos dentro del secreto profesional. Doy fe que se han contestado mis preguntas y que he comprendido lo explicado, aceptando las condiciones propuestas.

.....  
**Firma**

**Nombre y Apellido**

**D.N.I.**

.....  
**Profesional**

**CONSTATACION DOMICILIARIA "B"**

FECHA: ..... Hora: ..... Duración: .....

Domicilio:.....

Entrevista Solicitada por:.....

Profesional Interviniente:.....

Objetivo de la entrevista:.....

Nombre y Apellido: ..... DNI:.....

Lugar y fecha de nacimiento:..... Edad: .....

Nivel De Instrucción: .....

Estado Civil: .....

Oficio u Ocupación: .....

Domicilio de Trabajo: .....

Nombre y Apellido del Familiar entrevistado: .....

Grupo familiar conviviente:

.....  
.....  
.....

Antecedentes Médicos (Familiares):

.....  
.....

Situación de Salud de los Convivientes:

.....  
.....

Cobertura Médica/ Centro de Referencia donde se atiende:

.....

Antecedentes familiares con Problemas de Salud Mental:

.....

.....

.....

.....

Antecedentes en casos de consumo Problemático de sustancias y otras adicciones, dentro del seno familiar:

.....

.....

Historia de Vida/ Situación Familiar:

.....

.....

.....

.....

Características Habitacionales: (Ambientes, Servicios, accesos, colectivos, Instituciones Cercanas, características generales del Barrio, casa propia/alquilada, número de grupos familiares dentro del perímetro del domicilio fijado).

.....

.....

Otros datos de interés y observaciones:

.....

.....

Sondeo Vecinal:

Descripción de Redes Comunitarias y Sociales: con las que interactúa el grupo familiar: (vínculos, redes de apoyo y referencia):

.....  
.....

Observación de los vecinos en relación a la familia visitada: (apreciaciones aportadas sobre la familia y el postulante)

.....

Otros datos de interés y observaciones:

.....  
.....

Dinámica de la entrevista:

Predisposición para recibir al Trabajador social:.....

.....  
.....  
.....

Actitud mantenida en la entrevista:

.....

.....

Profesional

# **FICHA DENTAL DEL POSTULANTE**

## **ANTECEDENTES DEL POSTULANTE AGENTES PENITENCIARIOS**

..... Apellido Paterno	..... Apellido Materno	..... Nombres
..... Doc. Identidad	..... Edad	..... Fecha de Nacimiento
..... Ciudad	..... Teléfono	..... Correo electrónico @

### **INSTRUCCIONES PARA EL EXAMEN DENTAL DE ADMISIÓN**

1. Publicado el resultado psicológico recibirá las instrucciones online o vía red telefónica para coordinar una atención con el Oficial de Sanidad Dental o Médico de la Institución, que le practicará el examen clínico, para completar la presente ficha dental y determinar si **“PASA A REVISIÓN DEL INSTITUTO DE FORMACION PENITENCIARIA DEL SERVICIO PENITENCIARIO PROVINCIAL”** o esta **“NO APTO”** para ingresar a la Institución.

El postulante tendrá derecho a conocer el resultado de este examen.

En caso de que sea considerado **“NO APTO”**, el dentista le informará claramente los motivos de su resolución y retendrá la ficha dental, para luego entregarla al Oficial a cargo del área de Sanidad del Instituto.

La condición final de **“APTO”** sólo será otorgada por la Junta Médica del Instituto de Formación Penitenciaria.

2. El postulante que **“PASA A REVISIÓN DEL INSTITUTO DE FORMACION PENITENCIARIA”**, podrá continuar con el proceso y deberá hacer entrega de su carpeta con la totalidad de los antecedentes de postulación requeridos, incluida la Ficha Dental con los exámenes de apoyo de diagnóstico (Radiografías Panorámica con informe).

3. El postulante que se encuentra en tratamiento de ortodoncia, deberá presentar un certificado otorgado por el Ortodoncista tratante donde acredite que a la fecha de ingreso al Instituto serán retirados

4. Todo tratamiento pendiente debe ser efectuado previamente antes de hacer la ficha odontológica.

5. Para tener una buena función masticatoria, la OMS. Considera que se deben conservar, al menos 20 dientes naturales de los 28 o 32, incluyendo los terceros molares o muelas. En este contexto el **“Edentulismo”** (perdidas de piezas dentarias) total o parcial, significa una condición discapacitante implicando limitaciones en la actividad de las personas. Así como también problemas para participar en situaciones vitales.

## **EXAMEN EXTRA BUCAL**

1. CARA Y CUELLO (cicatrices, asimetría facial etc.)

---

---

---

2. SINTOMATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO – MANDIBULAR

---

---

---

## **EXAMEN INTRA BUCAL**

1. MUCOSA BUCAL:

- a) Vestíbulo: \_\_\_\_\_
- b) Mejillas: \_\_\_\_\_
- c) Labios: \_\_\_\_\_
- d) Lengua: \_\_\_\_\_
- e) Piso de Boca: \_\_\_\_\_
- f) Paladar Blando y Duro: \_\_\_\_\_

2. ENCÍAS:

- a) Aspecto General: \_\_\_\_\_
- b) Acúmulo de Depósitos Duros y Blandos: \_\_\_\_\_

3. OCLUSIÓN:

- a) Alteración oclusal (mordida cruzada, invertida, etc.) \_\_\_\_\_
- b) Desgaste Dentario (ubicación): \_\_\_\_\_
- c) Uso de Plano Protector Nocturno (Si /No) \_\_\_\_\_
- c) Mal Posición Dentaria: \_\_\_\_\_

4. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE MAXILARES

- a) Alteraciones (Clase II y Clase III esquelética severas) \_\_\_\_\_

---

5. PIEZAS DENTARIAS:

- a. Restos Radiculares (Piezas): \_\_\_\_\_
- b. Movilidad: \_\_\_\_\_
- c. Situación de 3ros. Molares: \_\_\_\_\_

## EXAMEN RADIOGRÁFICO

Este es un importante complemento del examen clínico. Debe efectuarse con radiografías retro alveolar y Panorámica informadas, las cuales deben adjuntarse a la presente ficha.

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS DE IMPORTANCIA \_\_\_\_\_

---

---

### ODONTOGRAMA

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Índice de placa actual \_\_\_\_\_ %

- Piezas dentarias ausentes: Marcar con una x rojo
- Obturaciones: Marque con rojo
- Caries y obturaciones defectuosas: Marque con azul
- Pieza por extraer: Marque con x azul

**Este recuadro solo debe ser completado por el Oficial de Sanidad Dental del Servicio Penitenciario Provincial**

**CONDICION FINAL: APTO..... NO APTO..... APTO CONDICIONAL.....**

**Apto: buen estado de salud bucal y periodontal.**

**No Apto: mal estado de salud bucal y periodontal. Ausencias de piezas dentarias y sin reposición de Prótesis, (excepcionalmente de canino a canino)**

**Apto Condicional: presenta dos o tres caries pequeñas, fáciles de restaurar dentro de 15 días como máximo.**

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

---

---

\_\_\_\_\_  
FIRMA

## **RESULTADO DEL EXAMEN DENTAL**

El examen debe ser completado por Oficiales de Sanidad Dental del Servicio Penitenciario Provincial.

GRADO:..... D.N.I.:.....

NOMBRE: .....

APTITUD: APTO  Si - No  APTO CONDICIONAL  Si - No   
(Marque según corresponda)

**OBSERVACIONES:** .....

.....

.....


.....

**FIRMA**



**Completar y Recortar los siguientes cuadros y pegar:**


- **(01)** en la carpeta tipo manila ( **datos personales**)
- **(02)** en el sobre ( **estudio médicos** )

(01)- ---  ---

.....  
APELLIDO

.....  
NOMBRE


.....  
DNI. N°

(01)- ---  ---

.....  
APELLIDO

.....  
NOMBRE

.....  
DNI. N°

(02)- ---  ---