

EVALUACIÓN MÉDICO-DENTAL

PROCESO ADMISIÓN 2025-2028

Exámenes Hombres:

- Hemograma y VHS.
- Perfil Bioquímico.
- Perfil Lipídico.
- Perfil Hepático.
- Uremia o BUN o Nitrógeno ureico
- Creatinina.
- Glicemia.
- V.D.R.L. o R.P.R.
- Grupo y RH .
- V.I.H. o H.I.V.
- Orina Completa y Sedimento.
- Radiografía de Tórax Antero-Posterior y Lateral (AP-L) informada por el facultativo.
- Radiografías Dentales: Bite-Wing (Derecha e izquierda) y Panorámica, informadas por facultativo.
- Prospecto dental completo revisado por odontólogo.
- Audiometría (acompañar gráfico del examen).
- RX de columna total (informada por el facultativo).
- Electrocardiograma (ECG).
- Ecocardiograma Doppler.
- Ecografía Abdominal.
- Hemoglobina Glicosilada.
- T.S.H y T4 Libre.

Exámenes Mujeres:

- Hemograma – VHS.
- Perfil Bioquímico.
- Perfil Lipídico.
- Perfil Hepático.
- Uremia o BUN o Nitrógeno ureico.
- Creatinina.
- Glicemia.
- V.D.R.L. o R.P.R.
- Grupo y RH.
- V.I.H o H.I.V.
- Sub Unidad Beta o Gonadotrofina o BHCG (en sangre).
- Orina Completa y Sedimento.
- Radiografía de Tórax Antero-Posterior y Lateral (AP-L) informada por el facultativo.
- Radiografías Dentales: Bite-Wing (Derecha e izquierda) y Panorámica, informadas por facultativo.
- Prospecto dental completo, revisado por el odontólogo.
- Audiometría (acompañar gráfico del examen).
- RX de columna total (informada por el facultativo).
- Electrocardiograma (ECG).
- Ecocardiograma Doppler.
- Ecotomografía ginecológica Transvaginal, en el caso de haber iniciado actividad sexual. Si no fuese así, debe presentar Ecotomografía ginecológica abdominal.
- P.A.P. únicamente si ha iniciado actividad sexual. De lo contrario, abstenerse de la toma de este examen. En el primer caso, debe venir el resultado.
- Ecografía Abdominal.
- Hemoglobina Glicosilada.
- T.S.H y T4 Libre.

EVALUACIÓN MÉDICO-DENTAL

PROCESO ADMISIÓN 2025-2028

Examen Odontológico:

Requisitos para la postulación

- a. El postulante debe realizarse un examen preliminar con su dentista particular.
- b. El postulante debe presentar, radiografías bitewing y radiografía panorámica al momento del examen.
- c. El dentista particular deberá llenar y firmar el formulario que se adjunta en el punto 2 con las siguientes condiciones:

Sin caries.

Sin enfermedad periodontal; ni gingivitis, ni periodontitis.

Sin obturaciones defectuosas ni provisionarias.

Sin restos radiculares.

No debe presentar anomalías buco maxilofaciales incompatibles con el servicio como:

- Pacientes ortodóncicos quirúrgicos clase II y III
- Mordidas y cruzadas esqueléticas
- Latero desviación importante.
- Sin piezas permanentes incluidas que provoquen daños en piezas dentales vecinas.
- Sin disfunción temporo mandibular severas.

Sin tratamientos pendientes.

Si está en tratamiento de ortodoncia, es responsabilidad del aspirante continuar su tratamiento.

Si los terceros molares están con indicación de extracción, deben estar extraídos al momento del examen con el Oficial de Sanidad Dental.

EVALUACIÓN MÉDICO-DENTAL

PROCESO ADMISIÓN 2025-2028

Examen Odontológico:

1.- Nombre postulante _____
Rut _____
Fecha _____

2.- La siguiente ficha debe ser llenada por el odontólogo tratante del postulante (examen y diagrama completo)

EXAMEN ODONTOLÓGICO

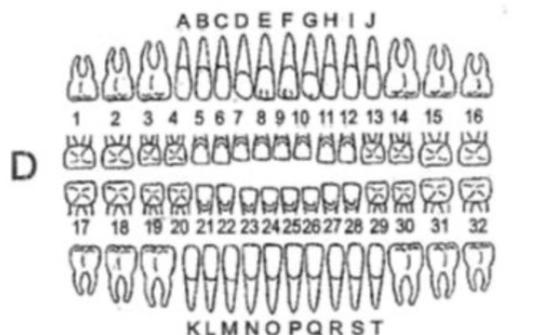
FECHA:

| EXTRA ORAL | NORMAL | ALTERADO |
|--------------------|--------|----------|
| ALT. ATM | | |
| DEFORMIDADES EXT. | | |
| INTRA ORAL | | |
| ALT.LABIO | | |
| PISO DE LA BOCA | | |
| MUCOSA VESTIB. | | |
| FRENILLO | | |
| PALADAR | | |
| LENGUA | | |
| MALOCCLUSION | | |
| MUCOSA GINGIVAL | | |
| ERUPCIÓN 3°MOLARES | | |

HIGIENE:
(MARCAR OPCIÓN)

BUENA REGULAR MALA

DIAGRAMA INGRESO



INSTRUCCIONES:

- RELLENAR CON ROJO CARAS CON CARIES
- RELLENAR CON AZUL CARAS OBTURADAS
- MARCAR CON X AZUL PIEZAS AUSENTES
- MARCAR CON X ROJA PIEZAS CON INDICACIÓN DE EXTRACCIÓN.

FIRMA Y TIMBRE DEL ODONTÓLOGO TRATANTE

3.- NO COMPLETAR USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DE POLICÍA DE INVESTIGACIONES DE CHILE.

APTO _____ NO APTO _____

FIRMA Y TIMBRE DEL OFICIAL DE SANIDAD DENTAL

EVALUACIÓN MÉDICO-DENTAL

PROCESO ADMISIÓN 2025-2028

ENCUESTA SÍNTOMAS Y CONTACTO ESTRECHO COVID 19

En los últimos 14 días usted ha presentado alguno de estos síntomas:

| | | |
|--|----|----|
| Dificultad para respirar | SI | NO |
| Tos | SI | NO |
| Fiebre sobre 37,8 grados | SI | NO |
| Dolor de garganta | SI | NO |
| Dolor muscular | SI | NO |
| Diarrea | SI | NO |
| Pérdida del olfato | SI | NO |
| Pérdida del gusto | SI | NO |
| Contacto con persona Covid-19 positivo | SI | NO |

| | | |
|-------------------|--|--|
| NOMBRE: | | |
| APELLIDOS: | | |
| RUT: | | |
| FECHA: | | |

FIRMA

EVALUACIÓN MÉDICO-DENTAL

PROCESO ADMISIÓN 2025-2028

Antigüedad máxima de exámenes al momento de la presentación:

- Exámenes de sangre (incluidos VIH, VDRL y Sub Unidad Beta) y orina: 01 mes.
- Radiografías dentales: 02 meses.
- Radiografías de columna y tórax: 06 meses.
- Exámenes cardiológicos: 04 meses.
- Audiometría: 02 meses.
- PAP: 01 año.
- Ecotomografía Transvaginal y Ecotomografía Ginecológica: 01 mes.
- Ecografía Abdominal: 01 mes.

PDI

ESCUELA DE
INVESTIGACIONES