

**APENDICE III AÑO 2022.**

**EVALUACIÓN MÉDICA PARA POSTULANTES DE ASCENSO**

**AL GRADO DE:**

**APELLIDOS Y NOMBRES:** \_\_\_\_\_ **No. CLAVE:**

**LUGAR Y FECHA DE EVALUACIÓN:** \_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_ SEXO M:  F:  EDAD:

No. D.P.I. \_\_\_\_\_ EXTENDIDO EN: \_\_\_\_\_

No. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

**DATOS LLENADOS POR EL POSTULANTE**

**ANTECEDENTES MÉDICOS:**

HA PADECIDO O PADECE DE: ASMA: \_\_\_\_\_ ALERGIAS: \_\_\_\_\_ DIABETES: \_\_\_\_\_ TUBERCULOSIS: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS DEL CORAZÓN: \_\_\_\_\_ INFECCION URINARIA: \_\_\_\_\_ ATAQUES O CONVULSIONES: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_ ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:**

HA SIDO OPERADO: **SI** **NO** ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS:**

HA PADECIDO DE DOLOR EN: RODILLAS: \_\_\_\_\_ CODOS: \_\_\_\_\_ TOBILLOS: \_\_\_\_\_

HA TENIDO FRACTURAS: **SI** **NO** ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

USA ANTEOJOS: \_\_\_\_\_ USA LENTES DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS OJOS:

**SI** **NO** ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

ES ALERGICO A LA PENICILINA: \_\_\_\_\_ A OTRO MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

EMBARAZOS: \_\_\_\_\_ PARTOS: \_\_\_\_\_ CESAREAS: \_\_\_\_\_

**DATOS LLENADOS POR EL MEDICO**

P/A: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EVALUADOR

**ANTROPOMETRIA**

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EVALUADOR: \_\_\_\_\_

**EXAMEN DE LA VISTA**

**AGUDEZA VISUAL:**

**SIN LENTES** O.D.  O.I.  **CON LENTES:** O.D.  O.I.

NOMBRE DEL EVALUADOR

**REVISION FISICA**

CICATRIZ VISIBLE: \_\_\_\_\_

**EXAMEN MEDICO**

PIEL	CABEZA	OJOS	NARIZ	OIDOS	CARA	CUELLO	TORAX
BOCA Y LABIOS	CARIES DENTAL	ABDOMEN	GENITALES EXTERNOS	BRAZOS PIERNAS	COLUMNA VERTEBRAL	MANOS	PIES

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

**APTO**

**NO APTO**

**MÉDICO EVALUADOR:** \_\_\_\_\_

..... FIRMA Y SELLO .....

YO: \_\_\_\_\_ DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE DOCUMENTO SON VERDADEROS, Y ESTOY DISPUESTO A EFECTUARME LAS PRUEBAS DE LABORATORIO Y OTRAS QUE SEAN NECESARIAS PARA COMPROBAR MI ESTADO DE SALUD, SIN RESPONSABILIDAD DE LAS AUTORIDADES DE ESTE DEPARTAMENTO Y SER DECLARADO APTO O NO APTO POR EL MEDICO EVALUADOR.

FIRMA: \_\_\_\_\_

