

APENDICE III AÑO 2022.

EVALUACIÓN MÉDICA PARA POSTULANTES DE ESPECIALIZACIÓN

CURSO DE: _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

No. CLAVE: _____

LUGAR Y FECHA DE EVALUACIÓN: _____

GRADO POLICIAL: _____

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: _____