

APÉNDICE III

EVALUACIÓN MÉDICA

POSTULANTE CURSO BÁSICO DE FORMACIÓN DE AGENTE DE POLICÍA, AÑO 2023.

Instrucciones: A continuación, escriba la información que se le solicita y/o marque con una "X" cuando sean necesario únicamente en donde indique llenado por el postulante.

I. INFORMACIÓN DE DATOS PERSONALES (LLENADO POR EL POSTULANTE)				
APELLIDOS Y NOMBRES DEL POSTULANTE.				
NIT	No. DPI		CORREO ELECTRÓNICO	
LUGAR DE EVALUACIÓN	FECHA ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL DE LA POSTULANTE		FECHA DE EVALUACIÓN	ETNIA
	No. DE EMBARAZOS			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DOMICILIO ACTUAL		SEXO	
			HOMBRE	MUJER
NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE	NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE			

II. HISTORIAL MÉDICO PERSONAL (LLENADO POR EL POSTULANTE)									
HA SUFRIDO O SUFRE DE:	SI	NO	HA SUFRIDO O SUFRE DE:	SI	NO	HA SUFRIDO O SUFRE DE:	SI	NO	
ASMA			HEMORROIDES			PROBLEMAS DENTALES			
TOS CRÓNICA			USO DE DROGAS			CATARROS FRECUENTES			
PROBLEMAS EN OÍDOS			APARATOS ORTOPÉDICOS			CÁNCER			
PROBLEMAS DIGESTIVOS			HEMORRAGIAS			SANGRE EN ORINA			
CÓLICOS			DOLOR ARTICULACIONES			ATAQUES			
DIARREAS CONSTANTES			PERDIDA DE CONOCIMIENTO			DEPRESIÓN			
USO DE PARATO AUDITIVO			DESEOS DE SUICIDIO			TUBERCULOSIS			
PALPITACIÓN EN EL PECHO			PROBLEMAS CON LA VISTA			TUMORES			
FRACTURAS			COJERAS AL CAMINAR			BRONQUITIS			
MAREOS			PERDIDA DE MEMORIA			TARTAMUDEZ			
ALCOHOLISMO			SONAMBULISMO			DIFICULTAD MENSTRUAL			
DESORDEN DEL CICLO			FLUJOS VAGINALES			SÍFILIS			
DIABETES			PRESIÓN BAJA			PRESIÓN ALTA			
OTROS PADECIMIENTOS			ANSIEDAD			DOLORES MUSCULARES			

III. ANTECEDENTES IMPORTANTES (LLENADO POR EL POSTULANTE)				
ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	EXPLIQUE	
HA ESTADO INCAPACITADO PARA ALGÚN TRABAJO				
ES ALERGICO A QUÍMICO, POLVO, LUZ SOLAR, ETC.				
TIENE DIFULCUTAD EN CIERTAS POSTURAS DEL CUERPO				
HA SIDO RECHAZADO EN ALGUNA OPORTUNIDAD DE TRABAJO				
HA SIDO HERIDO CON ALGUNA ARMA				
LE HAN INDICADO QUE DEBE SER OPERADO POR ALGUN PROBLEMA DE SALUD				
HA ESTADO HOSPITALIZADO POR ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL				
HA TENIDO ALGUNA OTRA ENFERMEDAD NO MENCIONADA ANTERIORMENTE				
SE ENCUENTRA SUSPENDIDO EN ACTIVIDAD LABORAL POR CAUSA DE ALGUNA ENFERMEDAD				
SE HA REALIZADO ALGUN TATUAJE O PERFORACIÓN EN EL CUERPO			A QUE EDAD	CUANTO TIEMPO LO TUVO INTENTÓ BORRARLO

CONTINUACIÓN APÉNDICE III

IV. EXÁMEN MÉDICO/FÍSICO (USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL MÉDICO JUNTA EVALUADORA)				
EXÁMEN FÍSICO				
P/A	FC	FR	TO	NOMBRE FIRMA ENFERMERO RESPONSABLE
PESO	TALLA	IMC	NOMBRE FIRMA ENFERMERO RESPONSABLE	
Kg	Mts	%		
AGUDEZA VISUAL				
SIN LENTES		CON LENTES		NOMBRE FIRMA ENFERMERO RESPONSABLE
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	
PUPILAS	PÁRPADOS	ACOMODACIÓN		
AGUDEZA AUDITIVA				
CONDUCTOS AUDITIVOS		TÍMPANOS		
IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	
EXÁMEN SOMÁTICO				
PIEL	ASIMETRÍAS FACIALES Y MALFORMACIONES	APARATO FONADOR	TÓRAX	SISTEMA CARDIOVASCULAR
ABDOMEN	AP. GENITO URINARIO	NEUROLÓGICO	SISTEMA ENDOCRINO	SISTEMA OSTEO MUSCULAR
OBSERVACIONES				
ESTADO DE SALUD GENERAL	APTO	NO APTO	MÉDICO EVALUADOR	FIRMA
				SELLO

YO: _____: DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE DOCUMENTO SON VERDADEROS Y ESTOY DISPUESTO (A) A EFECTUARME LAS PRUEBAS DE LABORATORIO Y OTRAS CUANDO SEAN NECESARIAS PARA COMPROBAR MI ESTADO DE SALUD, SIN RESPONSABILIDAD DE LAS AUTORIDADES DE ESTE CENTRO DE ESTUDIOS; Y DE SER DECLARADO APTO POR EL MÉDICO, ESTOY DISPUESTO A REALIZAR LAS PRUEBAS FÍSICAS VOLUNTARIAMENTE BAJO MI RESPONSABILIDAD.

FIRMA	LUGAR Y FECHA
-------	---------------

LIBERTAD
15 DE
SEPTIEMBRE
DE 1821