



APENDICE III AÑO 2023.

EVALUACIÓN DE RECONOCIMIENTO MÉDICO

PARA POSTULANTES TRIGÉSIMO PRIMER CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE FUERZAS ESPECIALES DE POLICÍA

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ No. CHALECO: _____

LUGAR Y FECHA DE EVALUACIÓN: _____

NIP: _____ SEXO M: _____ F: _____ EDAD: _____

No. D.P.I. _____ EXTENDIDO EN: _____

No. DE TELEFONO: _____

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 TRAUMATOLOGICOS:

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

LABORATORIO

OBSERVACIONES: _____ NOMBRE DEL EVALUADOR: _____

P/A: _____ F/C: _____ 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: _____

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 |

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: _____

