



APENDICE III AÑO 2024.

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: _____