



APENDICE III AÑO 2024.

EVALUACIÓN MEDICA, EXAMENES DE LABORATORIO Y ESPECIALIZADOS

DIRIGIDO A POSTULANTES DEL NOVENO CURSO BASICO PARA FORMACION DE OFICIAL TERCERO DE POLICIA (PERSONAL DE LA CARRERA POLICIAL).

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

Table with 8 columns: 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 LA EVALUACIÓN MEDICA, EXAMENES DE LABORATORIO Y ESPECIALIZADOS, 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:

