GOBIERNO de GUATEMALA
DR. ALEJANDRO GIAMMATTEI

MINISTERIO DE GOBERNACIÓN
SECRETARÍA TÉCNICA
DEPARTAMENTO DE INCORPORACIÓN
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS Y DOCTRINA
POLICÍA NACIONAL CIVIL

APENDICE III AÑO 2024.

EVALUACIÓN MEDICA, EXAMENES DE LABORATORIO Y ESPECIALIZADOS

DIRIGIDO A POSTULANTES DEL DÉCIMO NOVENO CURSO DE CAPACITACIÓN PARA ASCENSO A SUBINSPECTOR DE POLICIA

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:_____

F I R M A Y S E L L O .....

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:_____