



APÉNDICE III

EVALUACIÓN MÉDICA, EXAMENES DE LABORATORIO Y ESPECIALIZADOS

DIRIGIDO A POSTULANTES AL NOVENO CURSO BÁSICO PARA FORMACIÓN DE OFICIAL
TERCERO DE POLICIA, AÑO 2024.

(Personal Sociedad Civil)

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.				No. CHALECO
No. DPI	FECHA ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL DE LA POSTULANTE	LUGAR Y FECHA DE EVALUACIÓN	ETNIA	
	No. DE EMBARAZOS		EDAD	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DOMICILIO ACTUAL		SEXO
				HOMBRE MUJER

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 DE ASCENSO)					
EXÁMEN FÍSICO					
LABORATORIOS:		OBSERVACIONES		RESPONSABLE	
P/A		FC		FR	TO
					NOMBRE ENFERMERO RESPONSABLE
PESO		TALLA		IMC	NOMBRE ENFERMERO RESPONSABLE
	KG		MTS		%
AGUDEZA VISUAL					
SIN LENTES		CON LENTES		NOMBRE ENFERMERO RESPONSABLE	
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO		
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 OSTEOMUSCULAR
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 LA EVALUACIÓN MEDICA EXAMENES DE LABORATORIO Y ESPECIALIZADOS, 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 LA EVALUACIÓN FÍSICO-ATLÉTICA VOLUNTARIAMENTE BAJO MI RESPONSABILIDAD.

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