

### APÉNDICE III

#### EVALUACIÓN MÉDICA, EXAMENES DE LABORATORIO Y ESPECIALIZADOS POSTULANTE DEL CURSO BÁSICO PARA FORMACIÓN DE AGENTE DE POLICÍA, AÑO 2024.

**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

15 calle 16-00 zona 6, Ciudad de Guatemala

CONTINUACIÓN APÉNDICE III

IV. EXÁMEN MÉDICO/FÍSICO (USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL MÉDICO JUNTA EVALUADORA CURSO BÁSICO)					
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		
PUPILAS	PÁRPADOS	ACOMODACIÓN			
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	
OBSERVACIONES;					
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-ATLETICA VOLUNTARIAMENTE BAJO MI RESPONSABILIDAD.

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