
	DEPARTAMENTO DE INCORPORACIÓN SECRETARÍA TÉCNICA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS Y DOCTRINA POLICÍA NACIONAL CIVIL					
ANEXO III AÑO 2024.							
EVALUACIÓN MEDICA, EXAMENES DE LABORATORIO Y ESPECIALIZADOS							
DIRIGIDO A POSTULANTES DEL TRIGÉSIMO SEGUNDO CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE FUERZAS ESPECIALES DE POLICÍA							
APELLIDOS Y NOMBRES: _____		No. CHALECO:	<div></div>				
LUGAR Y FECHA DE EVALUACIÓN: _____							
NIP: _____	SEXO	M: <div></div>	F: <div></div> EDAD: <div></div>				
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. <div></div>	O.I. <div></div>	CON LENTES: O.D. <div></div> O.I. <div></div>				
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: _____					
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: _____							