



**ANEXO III AÑO 2024.**

**EVALUACIÓN MÉDICA, EXAMENES DE LABORATORIO Y ESPECIALIZADOS**

**DIRIGIDO A POSTULANTES DEL TRIGÉSIMO SEGUNDO CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE FUERZAS ESPECIALES DE POLICÍA**

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 TRAUMATOLÓGICOS:**

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:** \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO .....

YO: \_\_\_\_\_ DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE DOCUMENTO SON VERDADEROS, Y ESTOY DISPUESTO A EFECTUARME LA EVALUACIÓN MÉDICA, 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: \_\_\_\_\_