



FICHA DE EVALUACION MEDICA DE ASCENSOS Y ESPECIALIDADES 2017

DATOS LLENADOS POR EL/LA SOLICITANTE.

Fecha: _____

Apellidos y Nombres completos: _____

Ascenso o Especialidad: _____

Destino actual: _____

Sexo: M: _____ F: _____ Edad: _____ No. De telefono: _____

ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

Ha sido operado: SI: _____ NO: _____ Especifique: _____

Esta bajo algun tratamiento medico: SI: _____ NO: _____ Especifique: _____

ANTECEDENTES TRAUMATOLOGICOS:

Ha padecido de dolor de: Rodillas: _____ Codos: _____ Tobillos: _____

Ha tenido fracturas: SI: _____ NO: _____ Especifique: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

Fecha de ultima menstruación: _____ Embarazos: _____ Partos: _____ Cesareas: _____

1. ANTECEDENTES MEDICOS: ()
DATOS LLENADOS POR EL MEDICO.

| | SI | NO | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| .Sutre palpitations en pecho : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Explique: _____ |
| .Sutre dificultad para respirar: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Explique: _____ |
| .Sutre problemas circulatorios: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Explique: _____ |
| .Padece de colesterol elevado: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Explique: _____ |
| .Padece dolores frecuentes de cabeza: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Explique: _____ |
| .Padece de convulsiones o ataques: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Explique: _____ |
| .Padece de Diabetes: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Explique: _____ |
| Otras enfermedades: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Explique: _____ |

2. AGUDEZA VISUAL: ()
Ojo Derecho: Ojo Izquierdo:

Uso de lentes.

Si

No

Nombre y Firma del Evaluador: _____

3. SIGNOS VITALES: ()
P/A: F/C: Firma y sello del Evaluador: _____
4. ANTROPOMETRIA: ()

Peso: _____ Talla: _____ Nombre y Firma del Evaluador: _____

IMC: _____

5. EVALUACION MÉDICO:()

| | | | | | | | |
|---------------|-----------------|---------|--------------------|----------------|---------|--------|-------|
| PIEL | CABEZA | OJOS | NARIZ | OIDOS | CARA | CUELLO | TORAX |
| BOCA Y LABIOS | CARIES DENTALES | ABDOMEN | GENITALES EXTERNOS | BRAZOS PIERNAS | COLUMNA | MANOS | PIES |

IC: _____

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN MÉDICA:

Médico Evaluador Responsable: _____

Bajo juramento confirmo que todos los datos consignados en este documento son verdaderos y estoy dispuesto a efectuarme pruebas de laboratorio u otras que sean necesarias, sin perjuicio de las autoridades.

Firma: _____

No. DPI: _____