



**APENDICE III  
EVALUACION MEDICA ASCENSOS Y ESPECIALIDADES**

**APELLIDOS Y NOMBRES:** \_\_\_\_\_ **CODIGO:**

**LUGAR Y FECHA DE EVALUACIÓN:** \_\_\_\_\_ **SEXO** M:  F:  **EDAD:** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_ **NIT:** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_

**No. D.P.I.** \_\_\_\_\_ **EXTENDIDO EN:** \_\_\_\_\_

**No. DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_ **LUGAR DE RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_

**DATOS LLENADOS POR EL ASPIRANTE**

**HABITOS:**  
**FUMA:** \_\_\_\_\_ **INGIERE LICOR:** \_\_\_\_\_ **INGIERE DROGAS:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS:**  
**HA PADECIDO O PADECE DE:** ASMA: \_\_\_\_\_ ALERGIAS: \_\_\_\_\_ DIABETES: \_\_\_\_\_ TUBERCULOSIS: \_\_\_\_\_  
**PROBLEMAS DEL CORAZON:** \_\_\_\_\_ **TRACTO URINARIO:** \_\_\_\_\_ **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:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE ÚLTIMA REGLA:** \_\_\_\_\_ **EMBARAZOS:** \_\_\_\_\_ **PARTOS:** \_\_\_\_\_ **CESAREAS:** \_\_\_\_\_

**DATOS LLENADOS POR EL MEDICO**

**P/A:** \_\_\_\_\_ **FR:** \_\_\_\_\_ **FC:** \_\_\_\_\_  
**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**ANTROPOMETRIA**

**PESO:** \_\_\_\_\_ **TALLA:** \_\_\_\_\_ **IMC:** \_\_\_\_\_  
**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**EXAMEN DE LA VISTA**

**AGUDEZA VISUAL:**  
**SIN LENTES** O.D.  O.I.  **CON LENTES:** O.D.  O.I.   
**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**REVISION FISICA**

**CICATRIZ VISIBLE:** \_\_\_\_\_

**EXAMEN MEDICO**

<b>PIEL</b>	<b>CABEZA</b>	<b>OJOS</b>	<b>NARIZ</b>	<b>OIDOS</b>	<b>CARA</b>	<b>CUELLO</b>	<b>TORAX</b>
<b>BOCA Y LABIOS</b>	<b>CARIES DENTAL</b>	<b>ABDOMEN</b>	<b>GENITALES EXTERNOS</b>	<b>BRAZOS PIERNAS</b>	<b>COLUMNA VERTEBRAL</b>	<b>MANOS</b>	<b>PIES</b>

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

**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 LAS PRUEBAS DE LABORATORIO Y**  
**OTRAS CUANDO SEAN NECESARIAS PARA COMPROBAR MI ESTADO DE SALUD, SIN RESPONSABILIDAD DE LAS AUTORIDADES DE ESTE**  
**DEPARTAMENTO Y DE SER DECLARADO APTO POR EL MEDICO, ESTOY DISPUESTO A REALIZAR LAS PRUEBAS FISICAS**  
**VOLUNTARIAMENTE BAJO MI RESPONSABILIDAD.**

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

