



SUBDIRECCION GENERAL DE ESTUDIOS Y DOCTRINA  
POLICIA NACIONAL CIVIL  
DEPARTAMENTO DE INCORPORACION

## FICHA DE EVALUACION MEDICA DE ASCENSOS Y ESPECIALIDADES 2018

### 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: \_\_\_\_\_