



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



**APENDICE III AÑO 2020  
EVALUACION MEDICA - CURSO DE ASCENSO -**

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

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

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