ANEXO II

**DECLARACIÓN DE SALUD Y ENFERMEDADES PREEXISTENTES DEL POSTULANTE**

Todo postulante debe presentar un Certificado de Salud Compatible, expedido y suscrito por un médico habilitado. Para lo anterior, conforme al requisito solicitado en la convocatoria para el año 2015, se establece:

**I – DATOS PERSONALES**

|  |
| --- |
| NOMBRES Y APELLIDOS  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombres Apellido paterno Apellido materno  FECHA DE NACIMIENTO \_\_/\_\_/\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_ SEXO M ( ) F ( )  ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DOCUMENTO DE IDENTIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DIRECCIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CIUDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_\_\_\_  TELÉFONO PARTICULAR (Marcaje Internacional) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PROFESIÓN / ACTIVIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**II – ANTECEDENTES MÉDICOS**

ESTATURA / TALLA \_\_\_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_\_\_ PULSO \_\_\_\_\_\_\_ PRESIÓN ARTERIAL \_\_\_\_\_\_

| **Antecedentes Físicos personales** |  | **SI** | **NO** |  | **DETALLE/ OBSERVACIÓN** |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aparato Cardiovascular |  |  |  |  |  |
| Aparato Respiratorio |  |  |  |  |  |
| Aparato Digestivo |  |  |  |  |  |
| Aparato Ocular |  |  |  |  |  |
| Sist. Endocrino-Metabólico |  |  |  |  |  |
| Sistema Nervioso |  |  |  |  |  |
| Aparato Auditivo |  |  |  |  |  |
| Prótesis |  |  |  |  |  |
| Alergias |  |  |  |  |  |
| Discapacidad |  |  |  |  |  |
| Intervenciones quirúrgicas |  |  |  |  |  |
| Tratamiento psicológico |  |  |  |  |  |
| otros |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICACIÓN ACTUAL**  **(NOMBRE, FRECUENCIA, DOSIS)** | | | |  | | |
| **Antecedentes Familiares** |  | **SI** | **NO** | |  | **DETALLE/ OBSERVACIÓN** |
| Diabetes |  |  |  | |  |  |
| Asma |  |  |  | |  |  |
| Hipertensión |  |  |  | |  |  |
| Epilepsia |  |  |  | |  |  |
| Cardiopatía |  |  |  | |  |  |
| Otros |  |  |  | |  |  |

**III – EXAMEN DE LABORATORIO**

|  | **Fecha** | **Resultado** | **Observación** |
| --- | --- | --- | --- |
| Serología |  |  |  |
| Baciloscopia |  |  |  |
| Prueba de embarazo |  |  |  |
| Hemoclasificación |  |  |  |
| Cuadro hemático |  |  |  |
| Parcial de orina |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **EL CANDIDATO ES:** | **APTO** | ( ) | **NO APTO** | ( ) |

|  |  |
| --- | --- |
| **El suscrito medico reviso satisfactoriamente los exámenes solicitados.** | **Certifico que la información proporcionada es verdadera, su inexactitud será causal de rechazo medico** |
| **Firma Medico:** | **Firma Postulante:** |
| **Registro Medico Nº:** | **Nº Documento de Identificación:** |
| **Fecha:** | **Fecha:** |