

ANEXO II
DECLARACION DE SALUD Y ENFERMEDADES PREEXISTENTES DEL POSTULANTE (A SER FIRMADO POR UN MÉDICO)

1. Antecedentes Generales

Nombre y Apellido:	Domicilio:	País:
Teléfonos:	Documento de Identificación:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:
Profesión / Actividad:	Estatura / Talla:	Peso:
Pulso:	Presión Arterial:	Otro:

2. Antecedentes Médicos

Estado físicos general actual.	Observaciones.
Antecedentes personales (quirúrgicos, patológicos, traumáticos).	Observaciones.
Antecedentes familiares (Diabetes, Epilepsia, Asma, Hipertensión, Cardiopatía, Otro).	Observaciones.

3. Antecedentes físicos en general

	Normal	Anormal	Observaciones
Cabeza y Cuello			
Ojos			
Agudeza Visual			
ORL			
Agudeza Auditiva			
Drofaringe			
Tórax			
Cardiorrespiratorio			
Abdomen			
Genitourinario			
Extremidades			
Sistema Osteomuscular			
Sistema Nervioso			
G.P.A			
Sistema Endocrino			
Piel y Anexos			
Exámenes de Laboratorio Aplicados (anexar originales)	Fecha:	Resultado:	
Serología			
Baciloscopia			
Prueba de Embarazo			
Hemoclasificación			
Cuadro Hemático			
Parcial de Orina			
EL CANDIDATO ES	APTO:	NO APTO:	
El suscrito médico reviso satisfactoriamente los exámenes solicitados.	Certifico que la información proporcionada es verdadera, su inexactitud será causal de rechazo médico		
Firma Médico:	Firma Postulante:		
Registro Médico N°:	N° Documento de Identificación:		
Fecha:	Fecha:		