

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

**1. Antecedentes Generales**

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

**2. Antecedentes Médicos**

|  |                |
|--|----------------|
| <b>Estado físicos general actual.</b>  | Observaciones. |
| <b>Antecedentes personales (quirúrgicos, patológicos, traumáticos).</b>                      | Observaciones. |
| <b>Antecedentes familiares (Diabetes, Epilepsia, Asma, Hipertensión, Cardiopatía, Otro).</b> | 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   |  |                   |               |
| <b>Exámenes de Laboratorio Aplicados (anexar originales)</b>                  | <b>Fecha:</b>  | <b>Resultado:</b> |               |
| Serología   |  |                   |               |
| Baciloscopia  |  |                   |               |
| Prueba de Embarazo  |  |                   |               |
| Hemoclasificación   |  |                   |               |
| Cuadro Hemático   |  |                   |               |
| Parcial de Orina  |  |                   |               |
| <b>EL CANDIDATO ES</b>  | <b>APTO:</b>   | <b>NO APTO:</b>   |               |
| <b>El suscrito médico reviso satisfactoriamente los exámenes solicitados.</b> | <b>Certifico que la información proporcionada es verdadera, su inexactitud será causal de rechazo médico</b> |                   |               |
| <b>Firma Médico:</b>  | <b>Firma Postulante:</b>   |                   |               |
| <b>Registro Médico N°:</b>  | <b>N° Documento de Identificación:</b>   |                   |               |
| <b>Fecha:</b>   | <b>Fecha:</b>  |                   |               |