CERTIFICADO MEDICO

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRES Y APELLIDOS_____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD_____

DATOS DEL MÉDICO:

NOMBRE Y APELLIDOS:_____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:_____

REGISTROMÉDICO:_____

DIRECCIÓN:_____ TELEFONO:_____

CERTIFICO QUE _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Las autoridades de Reclutamiento se reservan el derecho de verificar y constatar la información consignada en la presente certificación y pondrán en conocimiento de las autoridades correspondientes las anomalías encontradas de conformidad con el Código Penal.

Lugar y fecha:

Firma y sello del médico

EXÁMEN FÍSICO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

PATOLOGÍA	SI	NO	PATOLOGÍA	SI	NO	PATOLOGÍA	SI	NO
ASMA			HIPERTENSIÓN			TUBERCULOSIS		
BRONQUITIS CRÓNICA			HIPOACUSIA			QUIRÚRGICOS		
DERMATITIS			RINITIS			VICIO DE REFRACCIÓN		
DIABETES			CÁNCER			TOXICOALÉRGICOS		
EPILEPSIA			ENFERMEDADES MENTALES			ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS		
ENFERMEDADES CARDÍACAS			ENFERMEDADES METABÓLICAS			OTROS		

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

Aspecto general:

		NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES
Cabeza	Ojos			
	Nariz			
	Oídos			
	Boca			
	Dentadura			
	ATM			
Cuello				
Torax	Corazón			
	Pulmones			
Abdomen				
Genitales externos				
Extremidades				
Columna vertebral				
Sistema nervioso				
Piel Cicatrices y tatuajes(Número)				

PROFESIONAL MÉDICO	
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERAZ	

FIRMA DEL CONSCRIPTO _____