



**FO-126-01-10**

**DECLARACION DE SALUD Y ENFERMEDADES PREEXISTENTES  
ALUMNO UNACH POSTULANTE A MOVILIDAD ACADÉMICA**

Todo postulante debe presentar un **Certificado Médico** Compatible, expedido y suscrito por un médico habilitado. Para lo anterior, conforme al requisito solicitado en la convocatoria, se establece\*:

**1. Antecedentes Generales:**

|                                       |                                     |                      |  |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|--|
| <b>Nombre y apellido:</b>             |                                     | <b>Domicilio:</b>    |  |
| <b>Matrícula:</b>                     |                                     | <b>Carrera:</b>      |  |
| <b>Facultad/Esc/Centro/Instituto:</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, traumáticos).</b><br><b>personales patológicos,</b> | Observaciones. |

|                                                                                               |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Antecedentes familiares (diabetes, epilepsia, asma, hipertensión, cardiopatía, otros).</b> | Observaciones. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|

**3. Antecedentes físicos en general:**

|                                                              | <b>Normal</b> | <b>Anormal</b> | <b>Observaciones</b> |
|--------------------------------------------------------------|---------------|----------------|----------------------|
| 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                                                |               |                |                      |
| Serología                                                    |               |                |                      |
| <b>Exámenes de laboratorio aplicados (anexar originales)</b> |               |                |                      |
| 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 revisó 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 a movilidad:</b>                                                                          |
| <b>No. Cédula Profesional:</b>                                                | <b>Nº INE/Pasaporte:</b>                                                                                      |
| <b>Fecha:</b>                                                                 | <b>Fecha:</b>                                                                                                 |