



DECLARACION DE SALUD Y ENFERMEDADES PREEXISTENTES

ESTUDIANTE DE MOVILIDAD DE POSGRADO

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:

Nombre y apellido:		Domicilio:	
Matrícula:		Carrera:	
Facultad/Esc/Centro/Instituto:			
Teléfonos:	Documento de identificación:	Estado civil:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	
Profesión / Actividad:	Estatura / Talla:	Peso:	
Pulso:	Presión arterial:	Otro:	

Estado físicos general actual.	Observaciones.
Antecedentes personales (quirúrgicos, traumáticos). patológicos,	Observaciones.

2. Antecedentes médicos:



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

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			
Serología			
Exámenes de laboratorio aplicados (anexar originales)			
Prueba de embarazo			
Hemoclasificación			
Cuadro hemático			
Parcial de orina			



EL CANDIDATO ES	APTO:	NO APTO:
------------------------	--------------	-----------------

El suscrito médico revisó satisfactoriamente los exámenes solicitados.	Certifico que la información proporcionada es verdadera, su inexactitud será causal de rechazo médico.
Firma médico:	Firma postulante a movilidad:
No. Cédula Profesional:	Nº INE/Pasaporte:
Fecha:	Fecha: