



## 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:

<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>	

<b>Estado físicos general actual.</b>	<b>Observaciones.</b>
<b>Antecedentes personales (quirúrgicos, traumáticos).</b> <b>personales patológicos,</b>	<b>Observaciones.</b>



**2. Antecedentes médicos:**

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