


| | | |
|---------------------|--|---|
| Página 1 de 1 | REALIZAR CALIFICACION DE APTITUD PSICOFISICA |  |
| CODIGO: 2ML-FR-0002 | | |
| FECHA: 19-08-2014 | PLIEGO DE ANTECEDENTES | POLICIA NACIONAL |
| VERSION:1 | | |

SEÑALE CON UNA "X" SI O NO (Si marca "SI" debe explicarse al frente)

| | | | |
|--|----|----|--|
| Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo? | SI | NO | |
| Es sensible a productos químicos, polvo, luz del sol, etc. (alergias)? | SI | NO | |
| Tiene dificultades para ejecutar algunos movimientos? | SI | NO | |
| Tiene dificultad para adquirir cierta postura? | SI | NO | |
| Ha sido rechazado de algún empleo por causa de su salud? | SI | NO | |
| Ha sido herido? Que clase de arma ? Sitio de la herida ? | SI | NO | |
| Se le ha negado algún seguro de vida? | SI | NO | |
| Se le ha practicado o le han aconsejado que se practique alguna operación. Cual ? | SI | NO | |
| Ha estado interno por su voluntad o por orden de un hospital de enfermedades mentales ? (En caso afirmativo especificar cuando, donde, por que, nombre del médico y señas completas de los hospitales) | SI | NO | |
| Ha tenido otra enfermedad distinta a las anotadas ? (En caso afirmativo dar detalles) | SI | NO | |
| Se ha tratado Usted mismo por enfermedades benignas como resfriados ? Que otra enfermedad ? | SI | NO | |
| Ha sido rechazado por el servicio militar por causas médicas, mentales u otras ? Dar detalles. | SI | NO | |
| Ha sido pensionado o tiene pensión pendiente por inhabilidad ? Dar detalles. | SI | NO | |
| Tiene Junta Medico Laboral, Tribunal Medico Laboral de Revisión Militar y de Policía o Informes Administrativos pendientes por resolver ? (Especificar el numero, fecha y como fue declarado por la Junta Medico Laboral y/o Tribunal Medico Laboral de Revisión Militar y de Policía (Apto, No Apto y Reubicación), Informe Administrativo número y fecha). | SI | NO | |

OBSERVACIONES

Bajo la gravedad de Juramento declaro, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y autorizo a los señores médicos, clínicas y hospitales mencionados, para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al cargo que aspiro.

Fecha y Lugar (del examen)

Firma del Examinado

Documento de Identificación:

CC

TI

CE

Nombre del Examinado (Letra Imprenta)

Lugar de Expedición: