

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