

**AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE CHILE
PROGRAMA DE BECAS DE COOPERACIÓN HORIZONTAL
REPUBLICA DE CHILE
CONVOCATORIA AÑO 2017**

**ANEXO 6
DECLARACION DE SALUD Y ENFERMEDADES PREEXISTENTES DEL
POSTULANTE**

Todo Postulante debe presentar un Certificado de Salud Compatible expedido y suscrito por un médico habilitado. Para lo anterior, conforme al requisito solicitado en la Convocatoria para el año 2017, se recomienda incorporar en la declaración de salud y enfermedades preexistentes lo siguiente:

1. Antecedentes Generales:

Nombre y Apellido:	Domicilio:	País:
Teléfonos:	Documento de Identificación:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:
Profesión / Actividad:	Estatura / Talla:	Peso:
Pulso:	Presión Arterial:	Otro:

2. Antecedentes Médicos:

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

Antecedentes familiares (Diabetes, Epilepsia, Asma, Hipertensión, Cardiopatía, Otro).	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			
Exámenes de Laboratorio Aplicados (anexar originales)	Fecha:	Resultado:	
Serología			
Baciloscopia			

Prueba de Embarazo			
Hemoclasificación			
Cuadro Hemático			
Parcial de Orina			
EL CANDIDATO ES	APTO:	NO APTO:	

El suscrito medico reviso satisfactoriamente los exámenes solicitados.	Certifico que la información proporcionada es verdadera, su inexactitud será causal de rechazo medico
Firma Medico:	Firma Postulante:
Registro Medico N°:	N° Documento de Identificación:
Fecha:	Fecha: