

ACADEMIA NACIONAL DE SEGURIDAD PÚBLICA ANTECEDENTES MÉDICOS (Nivel Ejecutivo)



| HISTORIA MEDICA PERSONAL | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|--|----|--------------------------|----|--------------------------|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| USTED HA SUFRIDO O SUFRE DE: (Marque Si o No según corresponda) | | | | | | | | | | | | | | |
| Erisipela | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Inestabilidad de alguna articulación | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Perturbaciones de los ojos | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Neumonía | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Hipoglicemia (Baja azúcar en sangre) | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Ha sido operado de los ojos | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Cólicos | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Infecciones urinarias | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Lentes de contacto | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Gastritis aguda o crónica | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Micciones frecuentes o dolorosas | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Rinitis alérgica | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Úlcera Gástrica | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Sangre en la orina | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Perturbaciones de la nariz | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Color amarillo en piel o mucosas | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Incontinencia urinaria | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Tartamudo | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Hernias | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Varicocele | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Perturbaciones del oído | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Hemorroides | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Atrofia testicular o ausencia testicular | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Perforación del tímpano | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Desviación de la columna | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Convulsiones | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Usa aparatos para oír | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Pie plano | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Parálisis | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Mareos carro, avión o mar | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Usa aparato ortopédico | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Pérdida del conocimiento | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Bocio | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Marcha con cojera permanente | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Trauma craneal | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Tensión arterial alta | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Várices de miembros inferiores | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Depresión o angustia | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Palpitaciones en reposo | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Fracturas (Zafadura de hueso) | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Ideas o intentos suicidas | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Soplo cardiaco | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Fracturas corregidas con clavos o placas | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Hemorragia excesiva heridas pequeñas | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Asma | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Luxaciones | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Cáncer | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Bronquitis aguda | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Deformidad de huesos o articulaciones | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Tumores | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Dolor o inflamación de articulaciones | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Adicto a narcóticos | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Alérgico al frío, polvo o productos químicos | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Diabetes | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Adicto a bebidas alcohólicas | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Enfermedades de transmisión sexual | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Cirugía abdominal | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | ¿Cuáles? | | | | | ¿Por qué? | | | | |
| ¿Utiliza lentes? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál fue el diagnóstico? | | | | | | | | | |
| ¿Desde cuándo? | | | | | | | | | | | | | | |

| MUJERES | | | |
|---|---------------|----------------------------|---|
| Edad de la primera menstruación | _____ | Número de cesáreas | _____ |
| Ciclos | _____ X _____ | Número de hijos fallecidos | _____ |
| (Cada cuantos días le llega la menstruación X Cuantos días le dura) | | Fecha última citología | Mes _____ Año _____ |
| Fecha de la última menstruación | _____ | Método de planificación | |
| Número de hijos | _____ | Desarreglos menstruales | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Embarazos Interrumpidos | _____ | Flujo vaginal crónico | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | | Otros | _____ |

| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | | | |
|---|---|---------------------|-------|
| ¿Ha trabajado con productos químicos? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Cuales y tiempo | _____ |
| ¿Ha tenido enfermedad o lesiones relacionadas Con el trabajo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Cuales | _____ |
| ¿Ha sido declarado inhábil para desempeñar Un trabajo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿Por qué? | _____ |
| ¿Ha sido rechazado en instituciones militares? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿Por qué? | _____ |
| ¿Ha sufrido heridas por armas de fuego o Corto punzante? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿Qué órgano afectó? | _____ |
| ¿Ha estado hospitalizado? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿Por qué causas? | _____ |

**ACADEMIA NACIONAL DE SEGURIDAD PÚBLICA
ANTECEDENTES MÉDICOS (Nivel Ejecutivo)**



| | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| ¿Ha sido expuesto a ruido, radiaciones o Sustancias biológicas? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | ¿Qué órgano afectó? _____ |
| En caso de haber prestado servicio militar o haber sido miembro activo de la fuerza armada, conteste lo siguiente: | | | |
| Tratamientos realizados _____ | | | |
| Unidad donde reposa la historia clínica _____ | | | |

| ANTECEDENTES OCUPACIONALES PERSONAL POLICIAL | |
|--|---|
| ¿Ha pertenecido a Unidades Especializadas? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Cuáles y tiempo _____ | |
| ¿Ha desempeñado labores con reos? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Dónde y cuánto tiempo? _____ | |

| OBSERVACIONES ADICIONALES DEL ASPIRANTE | |
|--|----------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| Declaro que he revisado y suministrado la información anterior, que es verdadero y autorizo a los señores médicos a revisarla y validarla. De igual forma que conozco la normatividad que rige el proceso de convocatoria y selección. | |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE | FIRMA DEL ASPIRANTE |

| INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE EVALUÓ | |
|-----------------------------------|----------------------|
| | |
| APELLIDOS Y NOMBRES | FIRMA Y SELLO |