

FORMATO "C"
CERTIFICADO MÉDICO
SELECCIÓN DE MÉDICOS DE APS PARA ACCEDER AL CARGO DE MÉDICO RESIDENTE DE
MEDICINA FAMILIAR CON ÉNFASIS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD 2024.
PROYECTO DE FORMACIÓN ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOSE DARIO RAMIREZ RIVEROS".

Instrucciones: El postulante deberá completar la primera sección con sus datos personales y antecedentes patológicos personales, en carácter de declaración jurada. El profesional médico especialista deberá revisar con el postulante la primera sección y comentar sobre cualquier respuesta afirmativa en el espacio indicado, en cuanto a la aptitud del postulante para realizar la residencia médica.

1. PRIMERA SECCIÓN: ANTECEDENTES DEL POSTULANTE

Nombre del Postulante: _____

Nº de C.I.: _____

Antecedentes patológicos personales:

Comentarios de valor/Tratamiento

Enfermedad Cardiovascular	Sí ____ No ____	_____
Enfermedad Pulmonar	Sí ____ No ____	_____
Enfermedad Gastrointestinal	Sí ____ No ____	_____
Enfermedad Neurológica	Sí ____ No ____	_____
Enfermedad Reumatológica	Sí ____ No ____	_____
Enfermedad Musculoesqueletal	Sí ____ No ____	_____
Enfermedad Endocrinológica	Sí ____ No ____	_____
Enfermedad Psiquiátrica	Sí ____ No ____	_____
Enfermedad Dermatológica	Sí ____ No ____	_____
Enfermedades Oncológicas	Sí ____ No ____	_____
Otras Enfermedades	Sí ____ No ____	_____
Limitaciones del Sensorio (Vista, audición, etc.)	Sí ____ No ____	_____
Limitaciones Físicas	Sí ____ No ____	_____
Antecedentes Quirúrgicos	Sí ____ No ____	_____

Por el presente, manifiesto bajo declaración jurada la veracidad de la información contenida en este documento.

Firma Postulante: _____

Nº de C.I.: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

Manifiesto haber revisado con el postulante la primera sección

**Firma y Sello con Nombre Completo y
Número de Registro del Profesional que expide el
certificado.**

(continúa)

2. SEGUNDA SECCIÓN: EVALUACIÓN MÉDICA

Fecha: _____

Nombre del Postulante: _____

Nº de C.I.: _____

Examen Físico:

a. **Signos Vitales:** PA: _____ FC: _____ T: _____ °C

FR: _____ Peso: _____ Kg Talla: _____ cm

b. **Evaluación por Sistema:**

Detallar hallazgos anormales

Cabeza, ojos, oídos: Normal: _____ Anormal: _____

Cardiovascular: Normal: _____ Anormal: _____

Pulmonar: Normal: _____ Anormal: _____

Gastrointestinal: Normal: _____ Anormal: _____

Musculoesqueletal: Normal: _____ Anormal: _____

Neurológico: Normal: _____ Anormal: _____

Detallar sobre respuestas positivas en la Primera sección y/o anomalías en el examen físico y explicar si existen limitaciones en cuanto a la salud física y/o mental del postulante para realizar una residencia médica, si las hubiere: _____

Por la presente, certifico (marcar según corresponda) que el postulante, fue examinado por mí en la fecha y que, al momento de la evaluación clínica, en cuanto a su salud física y mental, para realizar la residencia médica, es:

APTO/A

NO APTO/A

Se expide el presente certificado a pedido del/la interesado/a para presentar a la Comisión de Selección de Médicos de APS para acceder al cargo de Residente de Medicina Familiar en el marco del **PROYECTO DE FORMACIÓN ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR “DR. JOSE DARIO RAMIREZ RIVEROS”**

**Firma y Sello con Nombre Completo y
Número de Registro del Profesional que expide el
certificado.**

Dirección del Profesional: _____

Número de Teléfono del Profesional: _____

Especialidad del Profesional (marcar la que corresponde):

Medicina Familiar

Medicina Interna

(595-21) 283 798 | 294 482 | 296 210

(595-21) 283 798 | 296210

Avda. Santísima Trinidad c/ Itapúa

direccion@ins.gov.py

<http://www.ins.gov.py>

Asunción, Paraguay

