**FORMATO “C”-CERTIFICADO MÉDICO CONAREM**

**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:**

1. **Signos Vitales:** PA: \_\_\_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_ ºC

FR: \_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Kg Talla: \_\_\_\_ cm

1. **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 anormalidades 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/a interesado/a para presentar a la Comisión Nacional de Residencias Médicas (CONAREM).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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**