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

**SELECCIÓN DE MÉDICOS DE APS PARA ACCEDER AL CARGO DE MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR CON ÉNFASIS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD 2025. 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:**

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**