



FORMATO "C" -
CERTIFICADO MÉDICO CONAREM + VISACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE REGISTROS Y CONTROL DE
PROFESIONES MSPyBS.

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 Musculoesquelética	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: _____	_____
Musculoesquelético:	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





GOBIERNO DEL
PARAGUAY

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA Y
BIENESTAR SOCIAL

CONAREM
COMISIÓN NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS



VISACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE REGISTROS Y CONTROL DE PROFESIONES MSPyBS.

ANEXAR CONSTANCIA VISACIÓN

