



**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)**





(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/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**

