AGENCIA CHILENA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO
PROGRAMA DE BECAS DE COOPERACIÓN HORIZONTAL
REPÚBLICA DE CHILE
CONVOCATORIA AÑO 2022

ANEXO 6
DECLARACION DE SALUD Y ENFERMEDADES PREEXISTENTES DEL POSTULANTE

Todo Postulante debe presentar un Certificado de Salud Compatible expedido y suscrito por un médico habilitado. Para lo anterior, conforme al requisito solicitado en la Convocatoria para el año 2022, se recomienda incorporar en la declaración de salud y enfermedades prexistentes lo siguiente:

1. Antecedentes Generales:

Nombre y Apellido:	**Domicilio:**	**País:**
Teléfonos:	**Documento de Identificación:**	**Estado Civil:**
Fecha de Nacimiento:	**Edad:**	**Sexo:**
Profesión / Actividad:	**Estatura / Talla:**	**Peso:**
Pulso:	**Presión Arterial:**	**Otro:**

2. Antecedentes Médicos:

Estado físicos general actual.	Observaciones.
Antecedentes personales (quirúrgicos, patológicos, traumáticos).	Observaciones.

Antecedentes familiares (Diabetes, Epilepsia, Asma, Hipertensión, Cardiopatía, Otro).	Observaciones.

3. Antecedentes Físicos en General:

	Normal	**Anormal**	**Observaciones**
Cabeza y Cuello			
Ojos			
Agudeza Visual			
ORL			
Agudeza Auditiva			
Drofaringe			
Tórax			
Cardiorrespiratorio			
Abdomen			
Genitourinario			
Extremidades			
Sistema Osteomuscular			
Sistema Nervioso			
G.P.A			
Sistema Endocrino			
Piel y Anexos			
Exámenes de Laboratorio Aplicados (anexar originales)	**Fecha:**	**Resultado:**	
Serologia			

Baciloscopia			
Prueba de Embarazo			
Hemoclasificacion			
Cuadro Hematico			
Parcial de Orina			
EL CANDIDATO ES	**APTO:**	**NO APTO:**	

El suscrito medico reviso satisfactoriamente los exámenes solicitados.	**Certifico que la información proporcionada es verdadera, su inexactitud será causal de rechazo medico**
Firma Medico:	**Firma Postulante:**
Registro Medico Nº:	**Nº Documento de Identificación:**
Fecha:	**Fecha:**