

FORMATO C **CERTIFICADO MÉDICO CONAREM**

**CONCURSO DE INGRESO A LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON ÉNFASIS EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE FORMACIÓN
ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR “DR. JOSÉ DARÍO
RAMÍREZ RIVEROS”**

(El presente formulario posee carácter de Declaración Jurada)

Instrucciones: Este formato deberá estar debidamente completado por el postulante en la sección que le corresponde y por el médico evaluador en la sección médica, certificando que el aspirante es APTO en cuanto a su salud física y mental para realizar la Residencia Médica.

El certificado deberá ser expedido por un médico con registro profesional de especialista en Medicina Interna o Medicina Familiar y contar con la visación correspondiente a nombre del profesional que realizó la evaluación, emitida por la Dirección de Registros y Control de Profesiones en Salud.

1. PRIMERA SECCIÓN: ANTECEDENTES DEL POSTULANTE

Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	Cédula de Identidad N°:
Edad: _____ Sexo: _____	Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Antecedentes patológicos personales:	Si	No	Comentarios de valor/Tratamiento
Enfermedad Cardiovascular	()	()	
Enfermedad Pulmonar	()	()	
Enfermedad Gastrointestinal	()	()	
Enfermedad Neurológica	()	()	
Enfermedad Reumatológica	()	()	
Enfermedad Musculoesquelética	()	()	
Enfermedad Endocrinológica	()	()	
Enfermedad Psiquiátrica	()	()	

FORMATO C **CERTIFICADO MÉDICO CONAREM**

**CONCURSO DE INGRESO A LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON ÉNFASIS EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE FORMACIÓN
ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR “DR. JOSÉ DARÍO
RAMÍREZ RIVEROS”**

(El presente formulario posee carácter de Declaración Jurada)

Enfermedad Dermatológica	()	()	
Enfermedad Oncológica	()	()	
Otras Enfermedades	()	()	
Limitaciones del Sensorio (Vista, audición, etc.)	()	()	
Limitaciones Físicas	()	()	
Antecedentes Quirúrgicos	()	()	
Otros:	()	()	
Otros:	()	()	
Otros:	()	()	

***Por el presente, manifiesto bajo declaración jurada la veracidad de la información
contenida en este documento.***

Firma del/de la postulante

**Aclaración del/de la
postulante**

Nº de C.I.:

Fecha de evaluación

Manifiesto haber revisado con el postulante la primera sección

**Firma y sello del médico que
realizó la evaluación**

**Reg. Profesional de médico
especialista en Medicina
Interna o Medicina Familiar**

FORMATO C
CERTIFICADO MÉDICO CONAREM

**CONCURSO DE INGRESO A LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON ÉNFASIS EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE FORMACIÓN
ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR “DR. JOSÉ DARÍO
RAMÍREZ RIVEROS”**

(El presente formulario posee carácter de Declaración Jurada)

2. SEGUNDA SECCIÓN: EVALUACIÓN MÉDICA

a. Datos personales

Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	Cédula de Identidad N°:
Fecha de evaluación:	

b. Examen Físico:

b.1 Signos vitales

PA:	FC:	T:	Cd
FR:	Peso:	Kg	Talla: _____ m

b.2 Evaluación por Sistema:

Sistema	Normal	Anormal	<u>Detallar hallazgos anormales</u>
Cabeza, ojos, oídos	()	()	
Cardiovascular	()	()	
Pulmonar	()	()	
Gastrointestinal	()	()	
Musculoesqueletal	()	()	
Neurológico	()	()	

FORMATO C
CERTIFICADO MÉDICO CONAREM

**CONCURSO DE INGRESO A LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON ÉNFASIS EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE FORMACIÓN
ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR “DR. JOSÉ DARÍO
RAMÍREZ RIVEROS”**

(El presente formulario posee carácter de Declaración Jurada)

***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

(☐) No Apto

***Se expide el presente certificado a pedido del/ de la interesado/a para presentar a
la Comisión Nacional de Residencias Médicas (CONAREM).***

**Firma y sello del médico
especialista en Medicina
Interna o Medicina Familiar
que realizó la evaluación**

Reg. Profesional

Dirección del Profesional:

**Número de Teléfono del
Profesional:**

**Especialidad del
Profesional (marcar la que
corresponde):**

Medicina Familiar (☐)

Medicina Interna (☐)

FORMATO C
CERTIFICADO MÉDICO CONAREM

**CONCURSO DE INGRESO A LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON ÉNFASIS EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE FORMACIÓN
ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR “DR. JOSÉ DARÍO
RAMÍREZ RIVEROS”**

(El presente formulario posee carácter de Declaración Jurada)

Visación **del médico especialista en Medicina Interna o Medicina Familiar
que realizó la evaluación al/la postulante**, expedido por la Dirección de Registros y
Control de Profesiones en Salud.