

FORMATO C
CERTIFICADO MÉDICO CONAREM
CONCURSO DE INGRESO A LA RESIDENCIA MÉDICA EN ESPECIALIDADES DERIVADAS O
SUBESPECIALIDADES-CONAREM 2026
(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 Reumatólogica	()	()	
Enfermedad Musculoesquelética	()	()	
Enfermedad Endocrinológica	()	()	
Enfermedad Psiquiátrica	()	()	
Enfermedad Dermatológica	()	()	

FORMATO C
CERTIFICADO MÉDICO CONAREM
CONCURSO DE INGRESO A LA RESIDENCIA MÉDICA EN ESPECIALIDADES DERIVADAS O
SUBESPECIALIDADES-CONAREM 2026
(El presente formulario posee carácter de Declaración Jurada)

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 _____

2. SEGUNDA SECCIÓN: EVALUACIÓN MÉDICA

a. Datos personales

FORMATO C
CERTIFICADO MÉDICO CONAREM
CONCURSO DE INGRESO A LA RESIDENCIA MÉDICA EN ESPECIALIDADES DERIVADAS O
SUBESPECIALIDADES-CONAREM 2026
(El presente formulario posee carácter de Declaración Jurada)

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	()	()	
Musculoesquelético	()	()	
Neurológico	()	()	

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:

FORMATO C
CERTIFICADO MÉDICO CONAREM
CONCURSO DE INGRESO A LA RESIDENCIA MÉDICA EN ESPECIALIDADES DERIVADAS O
SUBESPECIALIDADES-CONAREM 2026
(El presente formulario posee carácter de Declaración Jurada)

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 RESIDENCIA MÉDICA EN ESPECIALIDADES DERIVADAS O
SUBESPECIALIDADES-CONAREM 2026
(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.