

**FORMATO C**  
**CERTIFICADO MÉDICO CONAREM**  
**CONCURSO DE INGRESO A LA RESIDENCIA MÉDICA EN ESPECIALIDADES PRIMARIAS O**  
**TRONCALES-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**

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

<b>Antecedentes patológicos personales:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios de valor/Tratamiento</b>
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 PRIMARIAS O**  
**TRONCALES-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 PRIMARIAS O**  
**TRONCALES-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 PRIMARIAS O**  
**TRONCALES-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 PRIMARIAS O**  
**TRONCALES-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.