

**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> ____/____/____

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	( )	( )	
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)*

<b>Apellido Paterno:</b>	<b>Apellido Materno:</b>
<b>Nombres:</b>	<b>Cédula de Identidad N°:</b>
<b>Fecha de evaluación:</b>	

*b. Examen Físico:*

*b.1 Signos vitales*

<b>PA:</b>	<b>FC:</b>	<b>T:</b> <b>Cd</b>
<b>FR:</b>	<b>Peso:</b> <b>Kg</b>	<b>Talla:</b> _____ <b>m</b>

*b.2 Evaluación por Sistema:*

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

***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:***

**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.