

Proceso de Reclutamiento y Selección el Registro de Elegibles para Puestos de Primer Ingreso de la Policía de Control Fiscal

Antecedentes personales	SI	NO
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingesta de medicamentos: cuales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo actual o previo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra o ha estado en rehabilitación mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha recibido tratamiento con		
-Insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Otros hormonales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padece o ha padecido de:		
-Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Epilepsia (convulsiones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Otra enfermedad nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Dolor de pecho (precordial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Disnea o falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Enfermedades de los ojos u oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Enfermedad de los huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Otra (explique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa Lentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra en estado de embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido accidentes laborales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido enfermedades ocupacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimientos quirúrgicos recientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detalle acerca de lo positivo de su persona:

Declaración del Solicitante: Declaro bajo juramento que lo expresado en el presente cuestionario se apega fielmente a la verdad. Cualquier dato falso o incorrecto, el trámite será excluido. Así mismo relevo en este acto al médico examinador de toda responsabilidad por mis declaraciones.

Nombre y Firma _____
Cedula _____ Teléfono _____