



DECLARACION JURADA SERVICIOS MÉDICOS

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

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



Detalle acerca de lo positivo de su persona:

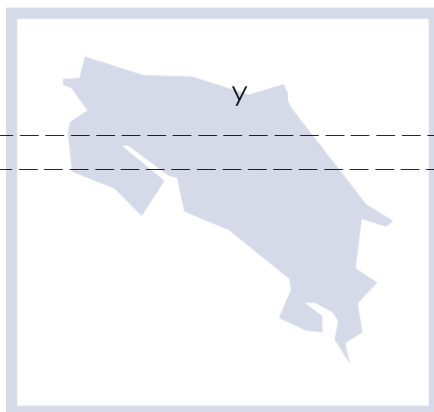
Declaración del Solicitante: Declaro bajo juramento que lo expresado en el presente cuestionario se apega fielmente a la verdad. Cualquier dato falso o incorrecto, el trámite será excluida.

Así mismo relevo en este acto al médico examinador de toda responsabilidad por mis declaraciones.

CUALQUIER DATO FALSO O INCORRECTO, FACULTARA AL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL POTENCIAL HUMANO PARA QUE RECONSIDERE EL TÁMITE DE LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre

Cédula



Firma

Teléfono