

**AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE CHILE PARA EL  
DESARROLLO  
PROGRAMA DE BECAS DE COOPERACIÓN HORIZONTAL  
REPUBLICA DE CHILE  
CONVOCATORIA AÑO 2019**

**ANEXO 6  
DECLARACION DE SALUD Y ENFERMEDADES PREEXISTENTES DEL  
POSTULANTE**

Todo Postulante debe presentar un Certificado de Salud Compatible expedido y suscrito por un médico habilitado. Para lo anterior, conforme al requisito solicitado en la Convocatoria para el año 2019, se recomienda incorporar en la declaración de salud y enfermedades preexistentes lo siguiente:

**1. Antecedentes Generales:**

<b>Nombre y Apellido:</b>	<b>Domicilio:</b>	<b>País:</b>
<b>Teléfonos:</b>	<b>Documento de Identificación:</b>	<b>Estado Civil:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Profesión / Actividad:</b>	<b>Estatura / Talla:</b>	<b>Peso:</b>
<b>Pulso:</b>	<b>Presión Arterial:</b>	<b>Otro:</b>

**2. Antecedentes Médicos:**

<b>Estado físicos general actual.</b>	Observaciones.
<b>Antecedentes (quirúrgicos, traumáticos).</b>	<b>personales patológicos,</b> Observaciones.

<b>Antecedentes familiares (Diabetes, Epilepsia, Asma, Hipertensión, Cardiopatía, Otro).</b>	Observaciones.

### 3. Antecedentes Físicos en General:

	<b>Normal</b>	<b>Anormal</b>	<b>Observaciones</b>
Cabeza y Cuello			
Ojos			
Agudeza Visual			
ORL			
Agudeza Auditiva			
Drofaringe			
Tórax			
Cardiorrespiratorio			
Abdomen			
Genitourinario			
Extremidades			
Sistema Osteomuscular			
Sistema Nervioso			
G.P.A			
Sistema Endocrino			
Piel y Anexos			
<b>Exámenes de Laboratorio Aplicados (anexar originales)</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Resultado:</b>	
Serología			

Baciloscopia			
Prueba de Embarazo			
Hemoclasificación			
Cuadro Hemático			
Parcial de Orina			
<b>EL CANDIDATO ES</b>	<b>APTO:</b>	<b>NO APTO:</b>	

<b>El suscrito medico reviso satisfactoriamente los exámenes solicitados.</b>	<b>Certifico que la información proporcionada es verdadera, su inexactitud será causal de rechazo medico</b>
<b>Firma Medico:</b>	<b>Firma Postulante:</b>
<b>Registro Medico N°:</b>	<b>N° Documento de Identificación:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>