

## ANEXO IV

	Certificado de Aptitud Médica y Psicológica I.Se.P. Ciclo: 20
pellido/s	y Nombre/s:
NI·	Escalafón: Jerarquía:
	NI:
	Todos los Escalafones (Requiere de certificación por Esp. Cardiología, Médico y Psicológica) completar puntos 1, 2 y 3.
	Evaluación cardiológica
1. <b>CE</b>	RTIFICACIÓN (Médica Cardiológica) TODOS LOS ESCALAFONES Fecha://20/
de salue y/o de t	Certifico que el/la paciente no presenta síntomas ni signos de enfermedad cardiovascular que impidan la realización de ad física de exigencia, e incluso de contacto (defensa personal y materias operativas), que pudieran perjudicar su estado d. Así como tampoco cursa postoperatorio* u otras enfermedad/es* que pudieran perjudicar el estado de salud personal terceros.  Tal certificación la he realizado evaluando edad del paciente, antecedentes personales, familiares y factores de además de un exhaustivo examen físico y/o con estudios complementarios que según mi formación y criterio
	eré de importancia, aconsejando que:  (Dr./a. profesional debe seleccionar una sola opción)
	☐ A - Se encuentra APTO cardiológicamente para realizar actividad física de exigencia, e incluso de contacto (defensa personal y materia operativas), acorde a su edad.
<u>*Obs</u> : /	□ B- Se encuentra NO APTO cardiológicamente actualmente debido a que debe realizar otros estudios o debo evaluar tratamiento prescripto.  Aconsejo evaluación con medico/a especialista en:
	Sello Firma del médico/a (Esp. Cardiología)
2. <u>CER</u>	RTIFICACIÓN (Médica) Todos los Escalafones Fecha:/20
	Certifico que el/la paciente goza de buen estado de salud y no presenta al momento del examen síntomas ni signos de edades, así como tampoco cursa postoperatorio o enfermedad/es que pudieran perjudicar el estado de salud personal terceros.
١	Tal certificación la he realizado evaluando la edad del paciente, antecedentes personales, familiares y factores de y/o con estudios complementarios que según mi formación y criterio consideré de importancia, certificando que: (Dr./a. profesional debe seleccionar solo una opción)
	☐ A- Se encuentra con buen estado de salud. (APTO).
<u>Obs</u> : A	□ <b>B-</b> Se encuentra <b>NO APTO</b> actualmente, debido a que debe realizar estudios o debo evaluar tratamiento prescripto u otro.  consejo evaluación con médico/a especialista en:
	Sello Firma del médico/a
з. <u>С</u>	ERTIFICACIÓN (Psicológica) Todos los Escalafones Fecha:/20/20
	Certifico haber examinado al solicitante, el cual al momento de la evaluación se encuentra:
APTO - NO APTO.	
	Para la participación en el (Curso de Perfeccionamiento o Concurso) DE ASCENSO POLICIAL.  Observaciones:
	Sello Firma de Psicólogo/a