



ANEXO IV

Certificado de Aptitud Médica y Psicológica I.Se.P. Ciclo: 20

Apellido/s y Nombre/s:

D.N.I.: Escalafón: Jerarquía:

EDAD: NI:

- ☐ Todos los Escalafones (Requiere de certificación por Esp. Cardiología, Médico y Psicológica) completar puntos 1, 2 y 3.
- ☐ Evaluación cardiológica

1. CERTIFICACIÓN (Médica Cardiológica) TODOS LOS ESCALAFONES

Fecha:...../...../20.....

Certifico que el/la paciente no presenta síntomas ni signos de enfermedad cardiovascular que impidan la realización de actividad física de exigencia, e incluso de contacto (defensa personal y materias operativas), que pudieran perjudicar su estado de salud. Así como tampoco cursa postoperatorio* u otras enfermedad/es* que pudieran perjudicar el estado de salud personal y/o de terceros.

Tal certificación la he realizado evaluando edad del paciente, antecedentes personales, familiares y factores de riesgo, además de un exhaustivo examen físico y/o con estudios complementarios que según mi formación y criterio consideré 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.

☐ B- Se encuentra NO APTO

cardiológicamente actualmente debido a que debe realizar otros estudios o debo evaluar tratamiento prescripto.

*Obs: Aconsejo evaluación con medico/a especialista en:

Sello

Firma del médico/a (Esp. Cardiología)

2. CERTIFICACIÓN (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 enfermedades, así como tampoco cursa postoperatorio o enfermedad/es que pudieran perjudicar el estado de salud personal y/o de terceros.

Tal certificación la he realizado evaluando la edad del paciente, antecedentes personales, familiares y factores de riesgo 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).

☐ B- Se encuentra NO APTO

actualmente, debido a que debe realizar estudios o debo evaluar tratamiento prescripto u otro.

Obs: Aconsejo evaluación con médico/a especialista en:

Sello

Firma del médico/a

3. CERTIFICACIÓN (Psicológica) Todos los Escalafones

Fecha:...../...../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