

**FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO PROGRAMA
VOLUNTARIADO JUVENIL ALIANZA DEL PACIFICO**



**Alianza del
Pacífico**

SELECCIONADOS

El presente formulario deberá ser diligenciado por médico titulado y autorizado para ejercer, con firma y sello del profesional.

NOMBRES Y APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	
NACIONALIDAD	

EXÁMENES FÍSICOS

ALTURA	PESO	PRESIÓN SANGUÍNEA	PULSO

SISTEMAS DE CONSULTA

Sistema	Marque si es normal	Ingrese cualquier comentario pertinente
Salud General		
Locomotor		
Gastrointestinal		
Pulmones y pecho		
Cardiovascular		
Comentarios adicionales		

EXAMENES MÉDICOS

Investigación:	Resultados:	
Hemoglobina	Gm:	
Colesterol		
Glicemia		
Cuadro hemático		
Triglicéridos		
Análisis de orina	Albúmina: Azúcar: Microscopio:	

INFORMACIÓN Y FIRMA DEL MÉDICO QUE EFECTUÓ EL EXAMEN

NOMBRE DEL DOCTOR	
DIRECCIÓN Y TELEFONO	
FIRMA Y SELLO	
FECHA DEL EXAMEN	

*** El postulante acepta compartir su información con las instancias correspondientes que evaluarán su candidatura.

***En caso de mujeres en estado de embarazo, que se postulen a esa convocatoria, deben tener en cuenta las siguientes consideraciones: 1) El seguro médico no incluye controles prenatales, exámenes de diagnósticos, ni atención del parto. 2) El gobierno del país receptor no se hace responsable por trámites de nacionalidad, registro, traslado de familiares, cuidado del niño(a), etc. 3) El estado de embarazo y período después de este no es razón justificada para no llevar a cabo exitosamente la acción voluntaria.

*** Los datos personales recabados serán protegidos y tratados de conformidad con lo dispuesto en la normatividad y demás disposiciones aplicables de los cuatro (4) países miembros de la Alianza del Pacífico Con ese carácter se proporcionará a las dependencias participantes en el Programa Voluntariado Juvenil.