



MUNICIPALIDAD DE GUATIMOZÍN

CENTRO DE RECONOCIMIENTO:

Nombre y apellido del examinado _____

FECHA:

RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO

Coloque una cruz donde corresponda

APTO _____ (1)

APTO CON RESTRICCIONES _____ (2)

NO APTO TEMPORAL _____ (3)

NO APTO _____

Coloque una cruz donde corresponda

SI **NO**

ES DONANTE DE ÓRGANOS _____ (1)

ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO _____ (2)

(3)

En el caso de darse alguna de las opciones numeradas deberá detallarla en Observaciones

OBSERVACIONES:

(1)

(2)

(3)

Firma y sello del Médico