



MUNICIPALIDAD DE GUATIMOZÍN

CENTRO DE RECONOCIMIENTO:

Nombre y apellido del examinado _____

FECHA:

RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO

Coloque una cruz donde corresponda

APTO	<input type="checkbox"/>	
APTO CON RESTRICCIONES	<input type="checkbox"/>	(1)
NO APTO TEMPORAL	<input type="checkbox"/>	(2)
NO APTO	<input type="checkbox"/>	

Coloque una cruz donde corresponda

SI **NO**

ES DONANTE DE ÓRGANOS	<input type="checkbox"/>	
ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/>	(3)

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

OBSERVACIONES:
(1)
(2)
(3)

Firma y sello del Médico