



MUNICIPALIDAD DE: MONTE CRISTO

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.

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI	NO
ES DONANTE DE ÓRGANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/>	<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.