



LLAMADO EXTERNO UE 0001-24

PARA DESEMPEÑAR FUNCIONES EN LA UNIDAD DE GESTIÓN DESCONCENTRADA MALDONADO

FICHA MEDICA

Nombre y Apellido: _____

Fecha ____/____/____

Edad: _____

Cédula Identidad: _____

1) Sufre usted de:

| | si | no |
|---|----|----|
| disminución de audición | | |
| infecciones de oído | | |
| problemas en la vista | | |
| dificultad para mantenerse atento en vía pública | | |
| enfermedades que le impidan agacharse o caminar realizando un recorrido diario de más de 30 cuadras | | |
| enfermedad de columna, piernas, rodillas o pies | | |
| várices de miembros inferiores | | |
| hernias abdominales | | |
| enfermedades respiratorias: asma, bronquitis, etc | | |
| enfermedades del corazón | | |
| presión alta/baja | | |
| enfermedades en piel que no le permita exponerse al sol | | |
| enfermedades que no le permita trabajar en la intemperie | | |
| estrés | | |

2) Actualmente está en tratamiento por:

| | si | no |
|-------------------|----|----|
| diabetes | | |
| presión alta/baja | | |
| otros? | | |

especificar

3) Toma alguna medicación ¿cuál?

| |
|--|
| |
|--|

4) Visita regularmente

| | si | no |
|--------------|----|----|
| Médico/a | | |
| Psicólogo/a | | |
| Psiquiatra | | |
| Odentólogo/a | | |

5) Ha estado internado/a por

| | si | no |
|----------------------------|----|----|
| cirugías | | |
| otras enfermedades | | |
| problemas con alcohol | | |
| problemas con drogas | | |
| problemas psicoemocionales | | |

especificar

6) Ha recibido tratamiento para el abandono de:

| | si | no |
|------------|----|----|
| tabaco | | |
| alcohol | | |
| marihuana | | |
| pasta base | | |
| cocaína | | |
| otros? | | |

Firma

* Nota: esta información es confidencial