



LLAMADO EXTERNO UE 0004-24

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