



LLAMADO EXTERNO UE0003-17 - Asistente Técnico

PARA DESEMPEÑAR FUNCIONES EN LA UNIDAD DE GESTION DESCONCENTRADA MALDONADO

FICHA MEDICA

Nombre y Apellido _____ Fecha ____/____/____

Edad: _____

Cédula de Identidad _____

	si	no
1) Sufre usted de:		
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		

	si	no	
2) Actualmente está en tratamiento por:			
diabetes			
presión alta/baja			especificar
otros?			

3) Toma alguna medicación ¿cuál?

	si	no
4) Visita regularmente		
Médico/a		
Psicólogo/a		
Psiquiatra		
Odontólogo/a		

	si	no	especificar
5) Ha estado internado/a por			
cirugías			
otras enfermedades			
problemas con alcohol			
problemas con drogas			
problemas psicoemocionales			

	si	no
6) Ha recibido tratamiento para el abandono de:		
tabaco		
alcohol		
marihuana		
pasta base		
cocaína		
otros?		

Firma

* Nota: esta información es confidencial