

Certificado de Aptitud Médica ANEXO 4 I.Se.P. Año: 2025

Apellido/s y Nombre/s:

D.N.I.:..... Escalafón:..... Jerarquía:.....

EDAD..... NI:.....

- Todos los Escalafones (Requiere de certificación por Esp. Cardiología Médico.) completar puntos 1 Y 2 .
- A PARTIR DE 40 AÑOS INCLUIR ERGOMETRIA**

1. CERTIFICACIÓN (Médica Cardiológica)

(Todos los escalafones) Fecha:...../...../20.....

Certifico que el/la paciente no presenta síntomas ni signos de enfermedad cardiovascular que impidan la realización de actividad física de exigencia, e incluso de contacto (defensa personal y materias operativas), que pudieran perjudicar su estado de salud. Así como tampoco cursa postoperatorio* u otras enfermedad/es* que pudieran perjudicar el estado de salud personal y/o de terceros.

Tal certificación la he realizado evaluando edad del paciente, antecedentes personales, familiares y factores de riesgo, además de un exhaustivo examen físico y/o con estudios complementarios que según mi formación y criterio consideré de importancia, aconsejando que:

- A** - Se encuentra **APTO** cardiológicamente para realizar actividad física de exigencia, e incluso de contacto (defensa personal y materia operativas), acorde a su edad.
- B** - Se encuentra **NO APTO** cardiológicamente actualmente debido a que debe realizar otros estudios o debo evaluar tratamiento prescripto.

(Dr./a. profesional debe seleccionar una sola opción)

***Obs:** Aconsejo evaluación con medico/a especialista en:

Sello

Firma del médico/a (Esp. Cardiología)

2. CERTIFICACIÓN (Médica)

(Todos los Escalafones) Fecha:...../...../20.....

Certifico que el/la paciente goza de buen estado de salud y no presenta al momento del examen síntomas ni signos de enfermedades, así como tampoco cursa postoperatorio o enfermedad/es que pudieran perjudicar el estado de salud personal y/o de terceros.

Tal certificación la he realizado evaluando la edad del paciente, antecedentes personales, familiares y factores de riesgo y/o con estudios complementarios que según mi formación y criterio consideré de importancia, certificando que:

- A**- Se encuentra con buen estado de salud. (**APTO**).
- B**- Se encuentra **NO APTO** actualmentedebido a que debe realizar estudios o debo evaluar tratamiento prescripto u otro.

(Dr./a. profesional debe seleccionar solo una opción)

Obs: Aconsejo evaluación con médico/a especialista en:

Fecha

Sello

Firma del médico/a

Sr. Profesional, por favor realizar letra manuscrita legible, o por medio digital. **FIRMAR y SELLAR.**

Personal Policial, la faltante de algún dato o requisito, o la presentación fuera de término, será motivo de exclusión.

NOTA: En caso de tener alguna enfermedad o dolencia, deberá adjuntar la certificación del especialista otorgando el "alta médica definitiva".