



PROCESO SELECTIVO PARA LA COBERTURA EN PROPIEDAD MEDIANTE SISTEMA DE OPOSICIÓN LIBRE DE UNA PLAZA DE AGENTE DE LA POLICÍA LOCAL AYUNTAMIENTO DE ARROYO DE LA LUZ.

RECONOCIMIENTO MÉDICO

ANUNCIO

Se pone en conocimiento mediante el presente anuncio, qué una vez realizada la prueba psicotécnica de la fase de oposición del proceso selectivo para la cobertura en propiedad mediante sistema de oposición libre de una plaza de agente de la policía local, (B.O.P. de la provincia de Cáceres, nº. 0222 de 19 de noviembre de 2021), se convoca a los aspirantes que ha superado dicha prueba **a la realización de la Prueba MÉDICA**, prevista en el punto a de la base 6 punto 1.5 de la presente convocatoria, el **MARTES 13 de ABRIL de 2021, a las 08:30 horas en el CENTRO MÉDICO MOFRAGÜE, sita en CALLE ORDESA, 10 de Cáceres).**

Indicaciones: Deberán llevar el DNI, acudirán en AYUNAS y con la ORINA, rellenado el cuestionario de salud proporcionado (anexo), así mismo es necesario que los portadores de Gafas o Lentes correctoras las lleven.

En Arroyo de la Luz, a 08 de abril de 2021

SECRETARIO. VÍCTOR MANUEL FONDÓN MORENO.





CUESTIONARIO SALUD POLICIA LOCAL

FECHA: _____

1. DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos:			
D.N.I.:		Fecha Nacimiento:	
Dirección:		Población:	C.P.:
Teléfono:		Puesto Trabajo:	

2. ESTADO DE SALUD ACTUAL:

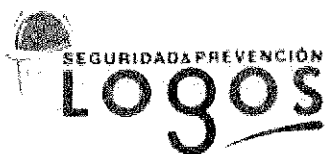
BUENO REGULAR MALO

3. HISTORIA CLINICO-LABORAL:

VALORACION SUBJETIVA DE SU ESTADO DE SALUD:		
Considera que su estado de salud es bueno	si	no
¿Tiene tos por las mañanas cuando se levanta?	si	no
¿Parece con si tuviera "silbidos" dentro del pecho?	si	no
¿Se le hinchan los tobillos o las piernas?	si	no
¿Padece de vértigos?	si	no
¿Padece o ha padecido Epilepsia o algún tipo de convulsión?	si	no
¿Ha sentido dolor en el pecho cuando anda deprisa o sube escaleras?	si	no
HABITOS CAUSANTES DE UNA MALA SALUD:		
¿fuma?	si	no
¿Cúantos cigarrillos al día?		
¿Cúantos años hace que fuma?		
¿Cúanto tiempo hace que dejó de fumar?		
¿Cúantos cigarrillos fumaba antes?		
¿Toma bebidas alcohólicas?	si	no
¿Con regularidad u ocasionalmente?		
¿A qué edad empezó a beber?		
¿Bebe café o té?	si	no
¿Cuántas tazas al día?		
¿Practica algún deporte con regularidad?	si	no
¿Cuál?		
¿Está tomando algún medicamento?	si	no
Anote cuales o para qué los toma		
¿Toma algún tipo de droga?	si	no
¿Cuál?		
¿Con qué frecuencia?		
ANTECEDENTES PERSONALES		
Ha sido diagnosticado o padece de:		
Diabetes:	si	no



Enfermedad Aguda o Crónica:	si	no
Psoriasis: Localización:	si	no
Eczemas: Localización:	si	no
Quemaduras y cicatrices: Localización:	si	no
Enfermedad del aparato digestivo (si responde si, descríbala):	si	no
Hipertensión arterial:	si	no
Varices: Localización:	si	no
Patología Cardiovascular: (si responde si, descríbala):	si	no
Amputaciones: (si responde si, descríbala):	si	no
Pies planos:	si	no
Asma Bronquial, Tuberculosis o cualquier otra patología del aparato respiratorio: (si responde si, descríbala):	si	no
Enfermedades o alteraciones del aparato Locomotor: (si responde si, descríbala):	si	no
Enfermedades o alteraciones de visión: (si responde si, descríbala) (ejem: miopía, estrabismo, cataratas, discromatopsias,...)	si	no
Enfermedades o alteraciones de la audición: (si responde si, descríbala)		
OTROS DATOS QUE QUIERA APORTAR:	si	no



DECLARO haber contestado sinceramente a las preguntas efectuadas y no ocultar ninguna enfermedad o defecto psíquico-físico que hubiera padecido o padeciese en la actualidad.

En _____ a _____ de _____ de 20____

FIRMA:

FIRMA TUTOR/REPRESENTANTE LEGAL

Los datos de este cuestionario, quedan en poder de los servicios médicos de LOGOS SEGURIDAD Y PREVENCIÓN EXTREMEÑA, S.L., cumpliendo con los requisitos de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (L.O.P.D.)