

MORBILIDAD DE ASPIRANTES												1. Fecha:	
												2. Turno:	
												3. Centro de Formación:	
4. DATOS DEL ASPIRANTES.													
N°	APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	CÉDULA	EDAD	SEXO	PESO	TALLA	T/A	FC	C/AB	TEMP.	ECG	FOTO	SISTEMA
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													

Formulario “MORBILIDAD DE ASIRANTES”

Código: FOR: MA-DS-USM-001

Instrucciones de llenado del formulario

“MORBILIDAD DE ASIRANTES”

Objetivo: Orientar y dar las pautas para el correcto llenado del Formato.

Campo	Instrucciones
--------------	----------------------

1. Coloque la fecha del llenado.
2. Escriba el turno (Mañana/Tarde).
3. Especifique el centro de formación en el cual se encuentra el Servicio Médico.
4. Anote los datos del Aspirante, e indique resultado del chequeo rutinario realizado al Aspirante.