



**FORMATO 2022_01
EVALUACIÓN APTITUD FÍSICA NUEVO INGRESO**

01.- NOMBRE				02.- CURP	
03.- DEPENDENCIA				04.- ESTADO	
05.- POSICIÓN POSTULADA					
06.- ESTATURA		07.- PESO		08.- IMC	

CONSENTIMIENTO DE LA EVALUACIÓN DE APTITUD FÍSICA Y DE SALUD

Existe un ligero riesgo de lesiones (ampollas, dolor en las piernas, tobillos torcidos) especialmente para aquellos que no han practicado la prueba. Si has estado inactivo y no has practicado o entrenado para la prueba, debes participar en varias semanas de entrenamiento específico antes de tomar la prueba.

Asegúrese de calentar y estirar antes de tomar la prueba y de refrescarse después de la prueba. El riesgo de consecuencias más graves (como problemas respiratorios o cardíacos) disminuye al completar la autoevaluación de salud.

He leído la información de este formato y entiendo el propósito, las instrucciones y los riesgos del trabajo relacionado con la prueba de capacidad de trabajo.

09.- FIRMA		10.- LUGAR	
		11.- FECHA	

SIGNOS VITALES ANTES DE LA PRUEBA

12.- TEMPERATURA CORPORAL		13.- FRECUENCIA RESPIRATORIA		14.- PULSACIONES/MIN		15.-PRESION ARTERIAL	
---------------------------	--	------------------------------	--	----------------------	--	----------------------	--

EJECUCIÓN DE LA PRUEBA

Peso de mochila antes de la prueba (kilogramos)		Peso de mochila después de la prueba(kilogramos)	
16.- ALTITUD (msnm)		17.- TIEMPO REQUERIDO CON CORRECCIÓN POR ALTITUD (mm'ss'')	/ /

Ejemplo: Si la prueba se realiza a una altura sobre el nivel del mar de 1,650 metros, se agregan 45 segundos al tiempo estándar de la prueba (45 minutos), obteniendo con esto un tiempo requerido de 45 minutos con 45 segundos (45'45'').

Tipos de Prueba				
Trabajo	Prueba	Distancia (kilómetros)	Peso (kilos)	Tiempo (minutos)
Arduo	Mochila	4.83	20.4	45
Moderado	Campo	3.2	11.3	30
Ligero	Caminata	1.609	N/A	16

Corrección /Altitud	
(msnm)	Segundos
1219 a 1524	30
1525 a 1829	45
1830 a 2133	60
2134 a 2438	75
2439 a 2743	90

18.- TIEMPO REALIZADO (mm'ss'')	/ /	<input type="checkbox"/> SUPERADA	<input type="checkbox"/> NO SUPERADA
---------------------------------	----------	-----------------------------------	--------------------------------------

COMENTARIOS GENERALES:

--	--

19.-FIRMA DEL EVALUADO	20.-REPRESENTANTE DE LA GMF (NOMBRE/FIRMA/CARGO)
ESTA EVALUACIÓN SE HA REALIZADO DE COMÚN ACUERDO	

21.- EVALUADOR (NOMBRE/FIRMA/CARGO)	22.- REPRESENTACIÓN SINDICAL (NOMBRE/FIRMA/CARGO)	23.- FECHA
-------------------------------------	---	------------

24.- NOMBRE Y FIRMA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS O PARAMÉDICO
--



AUTOEVALUACIÓN DE SALUD
FORMATO COMPLEMENTARIO A

El candidato debe responder las siguientes preguntas, estas fueron diseñadas para identificar a las personas que pueden estar en riesgo al realizar la prueba. El cuestionario de autoevaluación de salud no es un examen médico.

Marque 'Sí' o 'No' para contestar las siguientes preguntas:

- SI NO 1) Durante los últimos 12 meses, en cualquier momento (durante la actividad física o mientras descansa) ¿experimentó dolor, incomodidad o presión en el pecho?
- SI NO 2) Durante los últimos 12 meses, ¿ha experimentado dificultad para respirar, mareos, desmayos o pérdida del conocimiento?
- SI NO 3) ¿Tiene una presión arterial sistólica mayor que 140 o diastólica mayor que 90?
- SI NO 4) ¿Alguna vez le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad cardíaca, soplo cardíaco, dolor en el pecho (angina), arritmias (latido irregular) o ataque cardíaco?
- SI NO 5) ¿Alguna vez ha tenido una cirugía de corazón, angioplastia o marcapasos, reemplazo de válvula o trasplante de corazón?
- SI NO 6) ¿Tiene un pulso en reposo mayor a 100 latidos por minuto?
- SI NO 7) ¿Tiene artritis, problemas de espalda, cadera / rodilla / coyunturas / dolor o cualquier otra afección ósea o articular que podría agravarse o empeorar con la prueba de capacidad de trabajo?
- SI NO 8) ¿Tiene usted experiencia personal o consejos del médico de cualquier otra razón médica o física que le prohibiría tomar el examen de capacidad de trabajo?
- SI NO 9) ¿Su médico personal le recomendó no realizar la prueba de trabajo arduo debido a asma, diabetes, epilepsia o colesterol elevado o una hernia?

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUE CONTESTADA "SI", POR SEGURIDAD NO PODRÁ REALIZAR LA PRUEBA

Hago constar mediante mi firma que lo señalado en este documento fue contestado con total sinceridad

Firma

NOMBRE DEL CANDIDATO

ESTADO

DEPENDENCIA

FECHA