|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Empresa:** |  | **Foto** |
| **Fecha**  |  |
| **Nombres y Apellidos** |  |
| **Cargo** |  |
| **Telefonos de Contacto** |  |
| **Tiempo de Servicio** |  | **Sexo** | **Edad** |
| **Grupo Sanguineo** |  | **RH** |  |

**EXPERIENCIA**

Grupos de socorro a los que ha pertenecido y/o brigadas industriales

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organismo** | **Ciudad o empresa** | **Cargo** | **Tiempo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**CAPACITACIÓN CURSOS QUE HA REALIZADO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Curso** | **Intensidad horaria** | **Otros** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Deportes practicados** | **Intensidad por semana** | **Tiempo de practica** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Porque desea pertenecer a la Brigada:** |
|  |

|  |
| --- |
| **A que grupo le gustaría pertenecer** |
| Incendios | P. auxilios | Evacuación | Búsqueda y Rescate |

**EXÁMENES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Padece usted o padecido de algunas de las siguientes condiciones** | **Si** | **No** | **De qué tipo** |
| Enfermedades Cardiacas |  |  |  |
| Epilepsia |  |  |  |
| Asma, Asfixia |  |  |  |
| Diabetes o problemas de azúcar |  |  |  |
| Claustrofobia |  |  |  |
| Hernias |  |  |  |
| Alergias |  |  |  |
| Problemas de columna |  |  |  |
| Fractura o problemas de huesos |  |  |  |
| Problemas musculares |  |  |  |
| Usa algún tipo de prótesis |  |  |  |
| Tiene alguna limitación física |  |  |  |
| Tiene alguna restricción medica |  |  |  |
| Está tomando algún medicamento |  |  |  |

**CONCEPTOS DE LA EMPRESA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cargo** | **Concepto** | **Vo Bo** |
| Jefe Inmediato |  |  |
| Medico |  |  |
| Comité |  |  |

**CONCLUSIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Aceptado** | **Aplazado** | **Rechazado** |
| Grupo Asignado |  |  |  |
| Entrega del equipo de Dotación.  |  |
| Observaciones |  |
| Firma del Brigadista |  | **Fecha** |