



ANEXO IV

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A TODAS LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE DETERMINE EL TRIBUNAL MÉDICO

Don:

N.I.F.:

Dirección

Código Postal

Municipio:

Provincia:

Teléfono fijo:

Móvil:

Correo electrónico:

Autorizo por la presente al equipo médico del reconocimiento médico de selección para ingreso en el Consorcio Provincial de Extinción de Incendios y Salvamentos, categoría Cabo, a que me efectúen las exploraciones médicas necesarias, la extracción y analítica de sangre y la analítica de orina con los siguientes parámetros:

ANÁLISIS DE SANGRE:

Hemograma completo, Fórmula leucocitaria, Glucosa, Colesterol Total, HDL Colesterol, LDL Colesterol, Triglicéridos, Urea, Creatinina, Ácido úrico, Bilirrubina total, G.O.T (A.S.T), G.P.T (A.L.T.), Gamma Glutamil Transpeptidasa (G.G.T), Fosfatasa, Alcalina, Hierro.

En caso de dar elevada la tasa de Transaminasas, se efectuará la determinación de la Serología de la Hepatitis B (Ag HBS, Anti HBc y Anti HBs) y Serología de la Hepatitis C (Anti VHC).

ANÁLISIS DE ORINA:

-Densidad, Ph, ANORMALES.

-Sedimento.

-Detección de tóxicos.

Al mismo tiempo declaro que me estoy administrando la siguiente medicación (indicar el nombre comercial de los medicamentos o indicar la composición en caso de no recordarlo):

Y para que así conste firmo la presente autorización en Toledo a de de 2023

Firmado: