# Formato de Examen Médico de Ingreso

## Datos Generales

Nombre del candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_\_\_ Sexo: [ ] M [ ] F

Puesto al que aplica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

## 1. Antecedentes Personales

¿Padece alguna enfermedad crónica? (Diabetes, hipertensión, enfermedades de corazón, asma)  
- [ ] Sí [ ] No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?  
- [ ] Sí [ ] No Motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos actualmente?  
- [ ] Sí [ ] No Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuenta con alguna discapacidad o limitación física?  
- [ ] Sí [ ] No Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Consume alcohol?  
- [ ] Nunca [ ] Ocasional [ ] Frecuente

¿Fuma?  
- [ ] Sí [ ] No Cantidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 2. Antecedentes Heredo-Familiares

Marcar si algún familiar directo (padres, hermanos, hijos) ha padecido:

- [ ] Diabetes  
- [ ] Hipertensión arterial  
- [ ] Cáncer  
- [ ] Enfermedades cardíacas  
- [ ] Enfermedades renales  
- [ ] Epilepsia  
- [ ] Tuberculosis  
- [ ] Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 3. Examen Físico

Talla: \_\_\_\_\_\_ cm

Peso: \_\_\_\_\_\_ kg

IMC: \_\_\_\_\_\_

Presión arterial: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ mmHg

Pulso: \_\_\_\_\_\_ lpm

Vista: [ ] Normal [ ] Lentes

Audición: [ ] Normal [ ] Disminuida

Estado general: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 4. Declaración del Candidato

Declaro que la información proporcionada es verídica y que estoy consciente de que este examen tiene fines laborales y de salud preventiva.

Firma del candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 5. Observaciones Médicas

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_