

Informe Médico

XXX

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres:	DDDDD	Apellidos:	RRRRRR YYYYYYYY	Foto:	
Edad:	38	Seguro:			
Empresa:	XXX / sede 1	Centro Médico:	SALUS LABORIS S.A.C.		Sin Foto
Médico:	Dr(a).	Fecha Atención:	18/03/2015		

II. ANTECEDENTES MÉDICO PERSONALES

No Refiere Antecedentes Médico Personales.

III. Hábitos Nocivos

No Aplica Hábitos Nocivos a la Atención.

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

No Refiere Antecedentes Patológicos Familiares.

V. EVALUACIÓN MÉDICA

Anamnesis:

¿Presenta síntomas?: No Síntomas Principales: No Refiere

Relato: Paciente Asintomático

ANTROPOMETRÍA:

No se han registrado datos.

FUNCIONES VITALES:

No se han registrado datos.

EXAMEN FÍSICO:

No se han registrado datos.

GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR:

No se han registrado datos.

AUDIOMETRÍA:

No se han registrado datos.

ELECTROCARDIOGRAMA:

No se han registrado datos.

ODONTOGRAMA:

No se han registrado datos.

PRUEBA DE ESFUERZO:

No se han registrado datos.

ESPIROMETRÍA:

No se han registrado datos.

RADIOGRAFIA DE TORAX:

No se han registrado datos.

EVALUACIÓN PARA ASCENSO A GRANDES ALTURAS:

No se han registrado datos.

VI. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

No se han registrado datos.

Firma y Sello
Médico

Sin Foto