

- ¿Toma algún medicamento para dormir o para los nervios?

SI

NO
- ¿Cuál y qué dosis?
- ¿Ha estado en tratamiento para los nervios?

SI

NO
- ¿Con qué doctor?
- ¿Su trabajo le genera tensión nerviosa?

SI

NO

Subraye: Intenso Moderado Leve

COMENTARIOS SOBRE ESTE CUESTIONARIO:

NOMBRE Y FIRMA



BANCO DE MÉXICO

CONSULTORIOS MEDICOS INSTITUCIONALES

EXAMEN MEDICO ADMISION

CUESTIONARIO

HOMBRES

INSTRUCCIONES:

Con la intención de practicar a usted su examen médico de admisión le suplicamos leer con atención y contestar las preguntas que a continuación le presentamos. Para ello, deberá completar el renglón, subrayar lo indicado o marcar con una cruz, según sea el caso. (Por favor utilice plumín o lápiz de color).

IDENTIFICACION

Nombre: _____ Fecha _____

Edad: _____ Estado Civil: _____ Teléfono : _____

Escolaridad o Profesión _____

Puesto al que aspira _____

En caso de urgencia dar aviso a: _____

Parentesco: _____ Teléfono (s): _____

DEPORTE(S): Cuál (es) y número de veces que lo (s) practica por semana:

CONSUMO DE TABACO: Indicar qué fuma y su cantidad por día.

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS: Anotar de cuál (es), cantidad y frecuencia:

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

Señale si sus abuelos, padres, tíos, primos, hermanos, esposa o hijos han presentado o tienen alguna o algunas de las siguientes enfermedades, subraye:

a) Enfermedades del aparato cardiovascular, como: infarto cardiaco, insuficiencia coronaria, presión arterial alta, trombosis, embolia o hemorragias cerebrales o en alguna de sus extremidades u otro órgano SI NO

¿Quién (es)? _____

b) Diabetes Mellitus SI NO

¿Quién (es)? _____

c) Cáncer SI NO

¿Quién (es)? _____

d) Epilepsia u otro tipo de convulsiones SI NO

¿Quién (es)? _____

e) Otro tipo de enfermedad hereditaria SI NO

¿Quién (es)? _____

COMENTARIOS:

f) ¿En que labora su papá? _____

- g) ¿En que labora su mamá? _____
- h) ¿Con que tipo de servicio médico cuentan su mamá? _____
- i) Con que tipo de servicio médico cuenta su papá? _____
- j) En caso de tener cónyuge o concubina ¿En que labora? _____
- k) ¿Con que tipo de Servicio Médico cuentan su cónyuge o concubina? _____

En que laboraba usted antes?, describa brevemente

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

- a) ¿Alguna vez ha perdido el conocimiento? SI NO
- ¿Cuándo y por qué motivo? _____

- b) ¿Ha sufrido convulsiones? SI NO
- ¿Cuándo? (indicar fecha) _____

- c) ¿Ha manifestado alergias? SI NO
- ¿A qué? _____

- d) ¿Ha sufrido fracturas, quemaduras o traumatismos de consideración? SI NO
- ¿Cuál (es) y cuándo? (indicar fecha) _____

- e) ¿Le han practicado alguna operación quirúrgica? SI NO
- ¿Cuál (es) y cuándo? _____

- f) ¿Le han transfundido sangre? SI NO
- ¿Por qué y cuándo? _____

- g) ¿Ha estado hospitalizado en alguna ocasión? SI NO
- ¿Por qué motivo y cuándo? _____

¿Ha padecido enfermedades venéreas? SI NO

Subraye cuáles: Sífilis, Gonorrea, Crestas, Uretritis

Otras (cuáles) _____

i) ¿Ha consumido alguna droga? SI NO

¿Cuál (es) y cuando? _____

j) ¿Cumplió con su esquema básico de vacunación? SI NO

k) ¿Ha recibido algún otro tipo de inmunización? SI NO

¿Cuál (es) y cuando? _____

l) ¿Ha presentado otros problemas de salud? SI NO

¿Cuáles? _____

COMENTARIOS:

PADECIMIENTOS ACTUALES

¿Le están tratando actualmente alguna (s) enfermedad (es)? SI NO

¿Cuál (es)? _____

¿Qué doctor (es)? _____

¿Padece alguna enfermedad que actualmente no reciba atención o vigilancia médica? SI NO

¿Cuál (es)? _____

¿Toma actualmente algún medicamento? SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis? _____

COMENTARIOS:

APARATOS Y SISTEMAS

DIGESTIVO

¿Padece con frecuencia lesiones en la boca? SI NO

¿Su dentadura o encías le causan molestias? SI NO

¿Le faltan piezas dentarias o algunas están rotas o con caries? SI NO

¿Tiene dificultad para tragar alimentos? SI NO

¿Agruras frecuentes? SI NO

¿Dolor abdominal? SI NO

¿Náuseas? SI NO

¿Vómitos? SI NO

¿Regurgitaciones (se regresa el alimento)? SI NO

¿Inflamación del abdomen? SI NO

¿Gases excesivos?	SI	NO
¿Diarreas frecuentes?	SI	NO
¿Estreñimiento?	SI	NO
¿Dificultad o dolor al obrar?	SI	NO
¿Sangre al obrar?	SI	NO
¿Deformidad del excremento?	SI	NO
¿Se ha puesto amarillo de la piel o de los ojos?	SI	NO
¿Le hacen daño las grasas?	SI	NO

COMENTARIOS:

RESPIRATORIO

¿Le silba el pecho cuando se enferma de la garganta?	SI	NO
¿Dificultad al paso del aire por su nariz?	SI	NO
¿Catarro o tos frecuentes?	SI	NO
¿Dolor en la garganta?	SI	NO
¿Anginas frecuentes?	SI	NO
¿Dificultad para respirar o sensación de asfixia?	SI	NO
¿Se han complicado sus oídos por alguna infección respiratoria?	SI	NO
¿Ha tenido sinusitis?	SI	NO

COMENTARIOS:

CARDIOVASCULAR

¿Se dificulta su respiración cuando hace ejercicio o esfuerzos poco intensos?	SI	NO
¿Su corazón late intensa o irregularmente aún sin motivos aparentes (taquicardia)?	SI	NO
¿Ha tenido dolor en el pecho con sensación de angustia u opresión, con irradiación al brazo, antebrazo o mano izquierdos?	SI	NO
¿Al practicar algún deporte o ejercicio, ha sentido que se desmaya, dolor intenso de cabeza, piernas, náuseas o vómito?	SI	NO
¿Se le ha diagnosticado algún soplo?	SI	NO
¿Alguna vez ha estado alta o baja su presión arterial?	SI	NO
¿Sangrados frecuentes?	SI	NO
Subraye: nariz, encías, al orinar, al evacuar		
¿Se le forman moretones sin motivo aparente?	SI	NO
¿Tiene várices?	SI	NO
¿Tiene hemorroides?	SI	NO
¿Se le hinchan los pies?	SI	NO
¿Se ha desmayado en forma brusca?	SI	NO
Subraye: una vez	varias veces	
¿Cuándo?		

COMENTARIOS:

URINARIO

¿Cuántas veces orina usted en el día? _____

¿Tiene molestias para orinar? SI NO

Subraye: dolor, ardor, urgencia, necesidad de orinar muy seguido, dificultad para orinar.

¿Sensación de continuar orinando al terminar? SI NO

¿El color de su orina es normal? SI NO

¿El chorro de su orina es potente y de forma normal? SI NO

¿Al término de la micción el goteo es intenso? SI NO

¿Hay algún escurrimiento aparte de la micción? SI NO

¿Ha tenido cálculos en los riñones? SI NO

¿Se levanta varias veces en la noche para orinar? SI NO

¿Tiene dificultad para iniciar la micción? SI NO

¿Ha tenido inflamación de su próstata? SI NO

COMENTARIOS:

ENDOCRINO

¿Ha ganado o perdido peso bruscamente? SI NO

¿Cuántos kilos? _____ ¿En cuánto tiempo? _____

¿Ha bajado o subido su azúcar? SI NO

¿Tiene sed excesiva? SI NO

¿Orina muy abundante o frecuentemente? SI NO

¿Calor o frío excesivos que no corresponden a las condiciones del clima? SI NO

¿Resequedad o caída del cabello en forma importante? SI NO

¿Aumento o pérdida importante del vello corporal? SI NO

¿Ha notado alteraciones en la esfera sexual? SI NO

COMENTARIOS:

PIEL Y ANEXOS

¿Tiene exceso de grasa capilar o caspa? SI NO

¿Manchas en la piel? SI NO

¿Lunares creciendo o cambiando su forma o color recientemente? SI NO

¿Cicatrices anormales? SI NO

¿Tiene infección por hongos en sus pies? SI NO

¿Ha sufrido de algún tipo de herpes? SI NO

COMENTARIOS:

SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO

¿Sufre reumas o dolores en las articulaciones?

SI

NO

¿Contracturas musculares o calambres?

SI

NO

¿Dolor de músculos o huesos sin motivo aparente?

SI

NO

¿Dolor de espalda?

SI

NO

¿Se cansa excesivamente por permanecer de pie?

SI

NO

¿Ha tenido fracturas?

SI

NO

¿Su columna presenta alguna alteración?

SI

NO

¿Ha notado alguna deformidad de su cuerpo o extremidades?

SI

NO

Describala:

¿Su trabajo requiere que usted levante objetos pesados?

SI

NO

¿Cuántos kilos pesan esos objetos en promedio?

¿Cuántas veces lo hace al día?

COMENTARIOS:

NEUROLOGICO

¿Alguna vez se ha paralizado alguna región de su cuerpo?

SI

NO

¿Alguna vez ha perdido la sensibilidad de alguna región de su cuerpo?

SI

NO

¿Sufre con frecuencia dolor de cabeza?

SI

NO

Se acompaña de: visión borrosa, luces, sombras, náuseas o vómito

¿Ha notado algún tipo de temblor, movimientos o mareos frecuentes?

SI

NO

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

¿Le han sido indicados anteojos?

SI

NO

¿Cuándo le fueron indicados?

¿Cuándo le examinó el oftalmólogo la última vez?

¿Sufre conjuntivitis frecuentemente?

SI

NO

¿Dolor de ojos?

SI

NO

¿Tiene alteraciones en la visión?

SI

NO

Subraye: visión borrosa, ve doble, se oscurece la vista, pérdida de parte del campo visual.

¿Lee fácilmente sin anteojos?

SI

NO

¿Distingue a las personas objetos o letreros a distancia sin anteojos?

SI

NO

¿Ha sufrido lesiones en sus ojos?

SI

NO

¿Cuándo y de qué tipo?

¿Le han operado sus ojos?	SI	NO
¿Qué tipo de operación y cuándo?		
¿Padece alguna otra enfermedad en sus ojos?	SI	NO
¿Cuál (es) ?		
¿Cuánto tiempo al día se ocupa en?		
- Actividad ante pantallas de computación		horas.
- Revisión de trabajos de impresión		horas.
- Revisión de billete nuevo		horas.
- Revisión de billete usado		horas.
¿Escucha perfectamente la conversación de su interlocutor?	SI	NO
¿Se reventó uno o sus dos oídos?	SI	NO
¿Cuándo?		
¿Por qué motivo?		
Subraye: Traumatismo		Infección
		Altitud
¿Ha notado salida de pus por sus oídos?	SI	NO
¿Siente tapados sus oídos?	SI	NO
¿Le duelen sus oídos o le dan comezón?	SI	NO
¿Acostumbra introducir objetos en sus oídos para limpiarse o rascarse?	SI	NO
Subraye: pasadores, clip, llave, cotonetes de algodón, otros		
¿Se le forman tapones de cerilla?	SI	NO
¿Le han operado los oídos?	SI	NO
¿Trabaja en un medio excesivamente ruidoso?	SI	NO

¿Practica frecuentemente con armas de fuego?	SI	NO
¿Practica la natación o el buceo?	SI	NO
¿Con qué frecuencia?		veces al mes.
¿Identifica fácilmente los olores?	SI	NO
¿Se reseca frecuentemente su nariz?	SI	NO
¿Se humedece frecuentemente su nariz?	SI	NO
¿Estornuda intensamente en presencia de animales, flores o ciertas prendas de vestir?	SI	NO
¿Identifica fácilmente el sabor de alimentos y bebidas?	SI	NO
COMENTARIOS:		
ASPECTO EMOCIONAL		
¿Ha presentado cambios notables en su estado de ánimo?	SI	NO
¿Cuál (es)?		
¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?	SI	NO
¿Se duerme fácilmente pero se despierta durante la noche y luego ya no se puede dormir?	SI	NO
¿Amanece cansado con flojera y le da sueño durante el día?	SI	NO
¿Le sudan profusamente las manos?	SI	NO
¿Encuentra poco atractivo su trabajo o su vida social?	SI	NO
¿Olvida fácilmente datos?	SI	NO
Subraye: Antiguos		Reciente