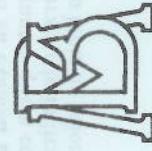


¿Toma algún medicamento para dormir o para los nervios? SI NO

¿Cuál y qué dosis? _____



BANCO DE MÉXICO

CONSULTORIOS MEDICOS INSTITUCIONALES

EXAMEN MEDICO ADMISSION

CUESTIONARIO

HOMBRES

¿Toma algún medicamento para dormir o para los nervios? SI NO

¿Cuál y qué dosis? _____

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).

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

¿Quién (es)? _____

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:

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? _____

¿Cuándo y por qué motivo? _____

b) ¿Ha sufrido convulsiones? _____

¿Cuándo? (indicar fecha) _____

c) ¿Ha manifestado alergias? _____

¿A qué? _____

d) ¿Ha sufrido fracturas, quemaduras o traumatismos de consideración? _____

¿Cuál (es) y cuándo? (indicar fecha) _____

e) ¿Le han practicado alguna operación quirúrgica?

¿Cuál (es) y cuándo? _____

f) ¿Le han transfundido sangre?

¿Por qué y cuándo? _____

g) ¿Ha estado hospitalizado en alguna ocasión?

¿Por qué motivo y cuándo? _____

¿Ha padecido enfermedades venéreas? SI NO

Subraye cuáles: Sífilis, Gonorrea, Crestas, Uretritis

Otras (cuáles) _____

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

SI NO

¿Cuál (es)? _____

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿Cuál (es) y qué dosis?

SI NO

¿Toma actualmente algún medicamento?

SI NO

¿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

¿Qué doctor (es)? _____

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

¿Cuál (es)? _____

¿Qué doctor (es)? _____

COMENTARIOS:**ORTOPEDICO**

¿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
Describalas: _____	SI	NO
¿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?	_____	_____

TRABAJOS MANUALES

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SI *NO* *OTRO* *NO*

¿Le han operado sus ojos?

¿Qué tipo de operación y cuándo?

¿Padece alguna otra enfermedad en sus ojos?

¿Cuál (es) ?

¿Cuánto tiempo al dia 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?

¿Se reventó uno o sus dos oídos?

¿Cuándo?

¿Por qué motivo?
Subraye: Traumatismo Infección

¿Ha notado salida de pus por sus oídos?

¿Siente tapados sus oídos?

¿Le duelen sus oídos o le dan comezón?

¿Acostumbra introducir objetos en sus oídos para limpiarse o rascarse?
Subraye: pasadores, clip, llave, cotonetes de algodón, otros

¿Se le forman tapones de cerilla?

¿Le han operado los oídos?

¿Trabaja en un medio excesivamente ruidoso?

¿Practica frecuentemente con armas de fuego?

¿Practica la natación o el buceo?

¿Con qué frecuencia? _____ veces al mes.

¿Identifica fácilmente los olores?

¿Se reseca frecuentemente su nariz?

¿Se humedece frecuentemente su nariz?

¿Estornuda intensamente en presencia de animales, flores o ciertas prendas de vestir?

¿Identifica fácilmente el sabor de alimentos y bebidas?

C O M E N T A R I O S :

SI *NO*

Reciente

Antiguos

SI *NO*

SI *NO*

¿Con qué frecuencia? _____ veces al mes.

SI *NO*

Reciente