



Fecha _____

Hora _____

EXAMEN MÉDICO

Ingreso ☐Periódico ☐Reingreso ☐

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre _____
Apellido Paterno, Apellido Materno, NombreEdad _____ Género Masculino ☐ Femenino ☐ Estado Civil _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Domicilio actual _____

Contacto en caso de emergencia _____ Parentesco _____

Puesto Solicitado / _____ Departamento _____

II. CONFORMIDAD

Por este medio confirmo, que el responsable del Servicio Médico en turno, me ha explicado a detalle los tipos de evaluaciones médicas, preguntas informativas para mi expediente médico, preguntas evaluativas, motivos por los cuáles se debe realizar la evaluación médica y consideraciones que se aplicarán durante la mismo y han sido aclarado y comprendido. Dentro de esta evaluación Médica se identifican las preguntas que son de referencia informativa y de referencia evaluativa.

Toda la información proporcionada será controlada bajo el Aviso de privacidad existente en la Organización.

Doy mi confirmación de que he recibido una explicación adecuada sobre el proceso que se aplicará a mi persona, así como el manejo de información personal que proporcionaré y su manejo por parte de la empresa

Nombre completo _____

Firma de conformidad _____

III. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES. Si algún familiar suyo [abuelos (A), padres (P / M), hermanos (H), tíos (T)], padeció o padece actualmente alguna de las enfermedades siguientes, marque con una X el cuadro correspondiente:

Presión alta/baja	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	Tumores o cáncer	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> ¿Quién?
Vértigos	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	Asma bronquial	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	Sensación hormigueo	<input type="checkbox"/> ¿Quién?
Diabetes	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	Gastritis, úlcera	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	Convulsiones	<input type="checkbox"/> ¿Quién?
Enf. Del Corazón	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	Flebitis/ Várices	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> ¿Quién?
Enf. Pulmonares	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	Artritis	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> ¿Quién?
Enf. Del Riñón	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	Alt del sueño	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	Hernias	<input type="checkbox"/> ¿Quién?
Enf. Del Hígado	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	Acufeno/ tinitus	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	COVID19	<input type="checkbox"/> ¿Quién?

Alergias ☐ ¿Quién? _____

IV. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Escolaridad _____	Esquema de Vacunación (Ver adjunto) _____
Fuma Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cigarros/día _____ Años fumando _____
Bebe Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Años bebiendo _____ Frecuencia _____
¿Ha utilizado o utilizas algún medicamento controlado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha utilizado o usa drogas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de droga _____
¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____
¿Tiene algún tatuaje? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Acepta transfusiones sanguíneas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ha recibido transfusiones? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Fobias o miedos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS. (Exclusivo mujeres)			
Edad que inicio su regla	Años	Ritmo	FUM
G <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	Fecha de último embarazo		
¿Complicaciones?			
Ultima citologia cervicovaginal (Papanicolaou)			
Mastografia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
VI. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. Si usted padeció o padece actualmente alguna de las enfermedades siguientes, marque con una X - Historia Clínica			
Varicela/Rubeola/Sarampión <input type="checkbox"/>	Varices/Hemorroides <input type="checkbox"/>	Sensación de hormigueo <input type="checkbox"/>	Trastornos de la piel <input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias <input type="checkbox"/>	Cefalea <input type="checkbox"/>	Enf. Gastrointestinales <input type="checkbox"/>	Heridas/quemaduras <input type="checkbox"/>
Enfermedades pulmonares <input type="checkbox"/>	Hernias <input type="checkbox"/>	Gastritis, úlcera, colitis <input type="checkbox"/>	Enf. oculares <input type="checkbox"/>
Asma bronquial <input type="checkbox"/>	Problemas en la espalda <input type="checkbox"/>	Enfermedades del hígado <input type="checkbox"/>	Enf. dentales <input type="checkbox"/>
Enfermedades del Corazón <input type="checkbox"/>	Golpes en la columna <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Problemas de audición <input type="checkbox"/>
Presión alta o baja <input type="checkbox"/>	Golpes en la cabeza <input type="checkbox"/>	Enfermedades del riñón <input type="checkbox"/>	Acufeno/Tinnitus <input type="checkbox"/>
Vértigos <input type="checkbox"/>	Artritis o Reumatismo <input type="checkbox"/>	Enfermedades de Genitales <input type="checkbox"/>	Usa prótesis <input type="checkbox"/>
Anemia/Sangrado anormal <input type="checkbox"/>	Depresión/Ansiedad <input type="checkbox"/>	Convulsiones (Epilepsia) <input type="checkbox"/>	Tumores o cáncer <input type="checkbox"/>
Tuberculosis <input type="checkbox"/>	Paludismo <input type="checkbox"/>	Parotiditis <input type="checkbox"/>	COVID19 <input type="checkbox"/>
Describa			
Fracturas o Esguinces			
Cirugías		Grupo sanguíneo	
¿Tiene alguna enfermedad actualmente? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Medicamentos que toma			
Observaciones			
VII. ANTECEDENTES MEDICO - LABORALES. Anote los datos que se le piden de sus últimos empleos, empezando por el último:			
¿A que edad comenzó a trabajar? años			
1) Empresa:		Antigüedad	Puesto:
Tuvo exposición a:			
Polvo <input type="checkbox"/>	Ruido <input type="checkbox"/>	Humo <input type="checkbox"/>	Radiación <input type="checkbox"/>
		Químicos o Solventes <input type="checkbox"/>	Calor o Frío <input type="checkbox"/>
			Vibración <input type="checkbox"/>
Movimiento repetitivo <input type="checkbox"/>	Cargas <input type="checkbox"/>	Riesgos psicosociales <input type="checkbox"/>	Iluminación <input type="checkbox"/>
Equipo de Protección Personal utilizado:			
2) Empresa:			
		Antigüedad	Puesto:
Tuvo exposición a:			
Polvo <input type="checkbox"/>	Ruido <input type="checkbox"/>	Humo <input type="checkbox"/>	Radiación <input type="checkbox"/>
		Químicos o Solventes <input type="checkbox"/>	Calor o Frío <input type="checkbox"/>
			Vibración <input type="checkbox"/>
Movimiento repetitivo <input type="checkbox"/>	Cargas <input type="checkbox"/>	Riesgos psicosociales <input type="checkbox"/>	
Equipo de Protección Personal utilizado:			
Accidentes			
¿Ha sufrido accidentes de trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha			
Lesión			
¿Ha recibido pagos por accidente o enfermedad de trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pagada por <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> Empresa			
¿Tiene secuelas de accidentes de trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Fecha		Secuela	
VIII. EXAMEN MÉDICO (llenado exclusivo por el médico)			

SOMATOMETRIA / SIGNOS VITALES	
-------------------------------	--

Talla _____ Peso _____ IMC _____ FC _____x' FR _____x' Temp _____

Perimetro Abd. _____ Presión arterial _____ mm/Hg SpO2 ____ %

IX. EVALUACIÓN FÍSICA	
-----------------------	--

CABEZA

COLUMNA VERTEBRAL

OIDO

EXTREMIDADES SUPERIORES

CAVIDAD ORAL

--

CUELLO

TÓRAX

ABDOMEN _____

Nombre y firma del paciente

Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud.

Nombre y firma del médico

Este documento no tiene validez sin la firma del personal del servicio médico que realiza esta evaluación médica

Referencia: Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo; Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo; NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención; NOM-036-1-STPS, Factores de riesgo ergonómico en el Trabajo-Identificación, análisis, prevención y control.

XI. RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA	
------------------------------------	--

NOTA: los resultados, tanto de la historia clínica laboral, como los de él examen médico incluyendo los estudios auxiliares de diagnostico, no representan distinciones discriminatorias, su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y garantizar que cumple con las calificaciones particulares que exige el puesto.

☐

11

9

5

Recomendaciones / restricciones

Fecha de proxima evaluación _____