

FECHA

HORA

EXAMEN MEDICO

Ingreso ☐ Periodico ☐ Reingreso ☐

I. FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Genero Masculino ☐ Femenino ☐  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
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 misma y han sido aclaradas y comprendidas. 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 la información personal que proporcionaré y su tratamiento 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:

Enfermedad	¿Quien?	Enfermedad	¿Quien?	Enfermedad	¿Quien?
Presión alta/baja	<input type="checkbox"/>	Tumores o cáncer	<input type="checkbox"/>	Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>
Vértigos	<input type="checkbox"/>	Asma Bronquial	<input type="checkbox"/>	Sensación de hormigueo	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Gastritis, ulcera	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Enf. del Corazón	<input type="checkbox"/>	Flebitis/Varices	<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>
Enf. del Pulm	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>
Enf. del Riñón	<input type="checkbox"/>	Alteración del sueño	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>
Enf. del Hígado	<input type="checkbox"/>	Acufeno/tinitus	<input type="checkbox"/>	COVID19	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>				

IV. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICO

Escolaridad \_\_\_\_\_

Fuma Si ☐ No ☐ Cigarros al día \_\_\_\_\_ Años fumando \_\_\_\_\_

Bebe Si ☐ No ☐ Frecuencia \_\_\_\_\_ Años bebiendo \_\_\_\_\_

¿Ha utilizado o utilizas algún medicamento controlado? Si ☐ No ☐

¿Ha utilizado o usa drogas? Si ☐ No ☐ Tipo de droga \_\_\_\_\_

¿Practica algún deporte? Si ☐ No ☐ ¿Cual? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún tatuaje? Si ☐ No ☐

¿Acepta transfusiones sanguínea Si ☐ No ☐ ¿Ha recibido transfusiones? \_\_\_\_\_

¿Fobias o miedos? Si ☐ No ☐

**V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS. (Exclusivo mujeres)**

Edad que inicio su regla \_\_\_\_\_ Años Ritmo \_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_  
G  P  A  C  Fecha de ultimo embarazo \_\_\_\_\_

¿Complicaciones?

Ultima citologia cervicovaginal (Papanicolaou) \_\_\_\_\_

Mastografia Si ☐ 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"/>

Describe \_\_\_\_\_

Fracturas o esguinces \_\_\_\_\_

Cirugias \_\_\_\_\_

Grupo sanguineo \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna enfermedad actualmente? No ☐ Si ☐ ¿Cual? \_\_\_\_\_

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 exposicion a;

Polvo ☐ Ruido ☐ Humo ☐ Radiacion ☐ Quimicos o solventes ☐ Vibracion ☐ Calor o frio ☐  
Movimiento repetitivo ☐ Cargas ☐ Riesgos psicosociales ☐ Iluminacion

Equipo de Proteccion Personal utilizado \_\_\_\_\_

¿A que edad comenzó a trabajar? \_\_\_\_\_ Años

1) Empresa \_\_\_\_\_ Antigüedad \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

Tuvo exposicion a;

Polvo ☐ Ruido ☐ Humo ☐ Radiacion ☐ Quimicos o solventes ☐ Vibracion ☐ Calor o frio ☐  
Movimiento repetitivo ☐ Cargas ☐ Riesgos psicosociales ☐ Iluminacion

Equipo de Proteccion Personal utilizado \_\_\_\_\_

Accidentes

¿Ha sufrido accidentes de trabajo? Si ☐ No ☐ Fecha \_\_\_\_\_

Lesion \_\_\_\_\_

¿Ha recibido pagos por accidente o enfermedad de trabajo? Si ☐ No ☐

Lesion \_\_\_\_\_ Pagada por IMSS ☐ Empresa ☐

¿Tiene secuelas de accidentes de trabajo? Si ☐ No ☐

Fecha \_\_\_\_\_ Secuela \_\_\_\_\_

VIII. EXAMEN MÉDICO (llenado exclusivo por el médico)	
SOMATOMETRIA / SIGNOS VITALES	
Talla_____ Peso_____ IMC_____ FC_____ x' FR_____ x'Temp_____	
Perimetro Abd._____ Presion arterial _____ mm/Hg SpO2_____ %	
IX. EVALUACIÓN FÍSICA	
CABEZA_____	COLUMNA VERTEBRAL_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
OIDO_____	EXTREMIDADES SUPERIORES_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
CAVIDAD ORAL_____	_____
_____	EXTREMIDADES INFERIORES_____
_____	_____
_____	_____
CUELLO_____	_____
_____	_____
_____	ABDOMEN_____
_____	_____
TORAX_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Nombre y firma del paciente	Firma de conformidad
Hago constar que las respuestas suministradas en este cuestionario son verídicas y proporcionan la información requerida acerca de mis antecedentes de salud.	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; Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención; y Norma Oficial Mexicana 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 del examen médico, incluyendo los estudios auxiliares de diagnóstico, no representan distinciones discriminatorias. Su única finalidad es garantizar el buen estado de salud de la persona y asegurar que cumple con las calificaciones específicas que exige el puesto.	
Recomendable <input type="checkbox"/>	Recomendaciones / restricciones
Recomendable con restriccion <input type="checkbox"/>	_____
No recomendable <input type="checkbox"/>	_____
Se reubica (examen periodico) <input type="checkbox"/>	_____
Fecha de proxima evaluacion _____	_____