

**PROCEDIMIENTO  
TEST MEDICO  
AREA:  
SALUD OCUPACIONAL**

**REALIZO:**  
**VIGENCIA:**

**FECHA:**

**TEST MÉDICO**

Indicaciones: Deberá responder todas las preguntas verídicamente y lo más explícito que pueda, evitando dejar espacios en blanco.

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre		Edad	
Fecha de nacimiento		Sexo	M F Estado Civil

**ANTECEDENTES FAMILIARES (Tiene algún familiar con las siguientes enfermedades)**

Enfermedad	Familiar	Enfermedad	Familiar
Diabetes Mellitus		Enfermedades del corazón	
Hipertensión Arterial (presión alta)		Que convulsione	
Cáncer		Obesidad	

**ANTECEDENTES NO PATÓLOGICO**

	SI	NO	CADA CUANDO LO HACE	CANTIDAD	EDAD A LA QUE EMPEZÓ
Consume bebidas alcohólicas					
Usted fuma					
Ha consumido alguna droga					

**ANTECEDENTES PATÓLOGICOS**

1. ¿Como considera su estado de salud?	Bueno	Regular	Malo
--	-------	---------	------

2. ¿Cuántas veces ha asistido al médico en el último año?	1 a 3	4 a 6	Más de 7	Ninguna
---	-------	-------	----------	---------

3. ¿Tiene alguna enfermedad?	SI	NO	Cual
------------------------------	----	----	------

4. ¿Ha presentado alguno de estos síntomas?	SI	NO	¿Cuándo, Porqué y a qué edad?
a) Migraña			
b) Se ha desmayado			
c) Alguna vez ha convulsionado			
d) Tiene problemas para ver de lejos o de cerca			
e) Tiene ácido úrico (gota)			

f) Presenta alguna enfermedad del corazón			
g) Sufre de hipertensión (presión alta)			
h) Sufre de asma			
i) Tiene gastritis			
j) Tiene pie plano			
k) Infecciones frecuentes de vías urinarias			
l) Es diabético			
m) Ha presentado alguna parálisis facial			
n) Tiene o ha tenido anemia			
o) Sufre de dolores frecuentes de espalda			
p) Ha presentado alguna fractura o esguince			
q) Ha tenido algún accidente			
r) Ha estado hospitalizado			
s) Lo han operado de algo			
t) Está bajo algún tratamiento			
u) Tiene varices en sus piernas			
v) Tiene alguna hernia			

#### ESTADO NUTRICIONAL

Peso (kg)		Estatura (mt)	
-----------	--	---------------	--

#### DESCRIPCIÓN TOPOGRAFICA

	SI	NO	Donde se encuentran localizadas y cuantos presentan
Tiene cicatrices			
Tiene perforaciones			
Tiene Tatuajes			

Especifique en que área anatómica tiene sus cicatrices, tatuajes o perforaciones

#### EN CASO DE SER MUJER CONTESTE

Edad a la que empezó a menstruar		Fecha de última menstruación		Es regular o irregular	
----------------------------------	--	------------------------------	--	------------------------	--

Usa algún método anticonceptivo		Que método utiliza		Cuántas veces se ha embarazado	
---------------------------------	--	--------------------	--	--------------------------------	--

Certifico que todo lo declarado en este interrogatorio médico es verídico y estoy de acuerdo con ello

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante