



INTERROGATORIO:

EXAMEN MEDICO

1.- Nombre del solicitante _____
(Apellido paterno-Apellido materno-Nombre)

2.- Fecha de nacimiento Lugar de Nacimiento _____

3.- Estado Civil _____

4.- ¿Acostumbra usted fumar? _____ ¿Desde qué fecha? _____

¿Qué número de cigarrillos al día _____ Si fumó en el pasado ¿Desde qué fecha no lo hace? _____

5.- ¿Hace Usted uso de bebidas alcohólicas? _____
Clase Frecuencia

6.- ¿Ha variado su peso durante el último año? _____ Kgs. aumentado kgs. disminuido _____
Causa _____

7.- ¿Ha habido en su familia casos de: a) Diabetes SI NO b) Cáncer SI NO c) Epilepsia SI NO
d) Demencia SI NO e) Enfermedades Cardiovasculares SI NO

HISTORIA FAMILIAR

FAMILIARES QUE VIVEN

FAMILIARES MUERTOS

		Estado de Salud			
Parentesco	Edad	(Si no es buena déense detalles)		Muerte	Causa de Muerte
PADRE	_____	_____		_____	_____
MADRE	_____	_____		_____	_____
ESPOSA (O)	_____	_____		_____	_____
HIJOS ¿Cuántos?	_____	_____		_____	_____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y ENFERMEDADES ACTUALES

1.- ¿Padece actualmente alguna enfermedad? _____

2.- ¿Está sujeto a algún tratamiento? _____

3.- ¿En los últimos 12 meses ha consultado con algún médico? _____

¿Por qué causa? _____

¿Cuál es el nombre del médico que consultó? _____

4.- PADECE O PADECIDO DE:	SI	NO		SI	NO
¿Reumatismo?	_____	_____	¿Enfermedades del Hígado?	_____	_____
¿Angina de Pecho?	_____	_____	¿Enfermedades de la Vesícula Biliar?	_____	_____
¿Infarto del Corazón?	_____	_____	¿Enfermedades de los Riñones?	_____	_____
¿Otra Enfermedad del Corazón?	_____	_____	¿Enfermedades de la Próstata?	_____	_____

	SI	NO			
¿Enfermedades de la circulación?	_____	_____	¿Enfermedades de la Vejiga?	_____	_____
¿Tensión arterial alta?	_____	_____	¿Diabetes?	_____	_____
¿Bronquitis Crónica?	_____	_____	¿Tumor?	_____	_____
¿Asmas?	_____	_____	¿Pérdida del Estado de Conciencia?	_____	_____
¿Tuberculosis?	_____	_____	¿Epilepsia?	_____	_____
¿Úlcera del estómago?	_____	_____	¿Otras enfermedades Neurológicas?	_____	_____
¿Úlcera del Duodeno?	_____	_____	¿Otras enfermedades?	_____	_____
¿Trastornos de la digestión?	_____	_____	¿Intervenciones quirúrgicas (Especificar)?	_____	_____

E.- ¿Ha estado internado en algún hospital o sanatorio? _____

¿Se le han hecho estudios con Rayos X? _____

¿Se le han hecho electrocardiogramas? _____

F.- EN CASO DE SER MUJER SE CONTESTA ADEMÁS:

	SI	NO			
¿Menarca?	_____	_____	¿Enfermedades de los Ovarios?	_____	_____
¿V.S.S.?	_____	_____	¿Enfermedades de las mamas?	_____	_____
¿F.U.M.?	_____	_____	¿Enfermedades de la Matriz?	_____	_____
¿Está embarazada?	_____	_____	Fecha último Papanicolaou	_____	_____
¿Abortos?	_____	_____		_____	_____
¿Partos Prematuros?	_____	_____		_____	_____

EXPLORACION FISICA

Talla _____ Peso _____ T.A. _____ F.C. _____ F. Resp. _____

8.- ¿Su aspecto es de persona sana? _____

9.- ¿Corresponde la edad real a la edad aparente? _____

10.- ¿La marcha es normal? _____

11.- ¿Existe alguna deformidad? _____

12.- ¿Falta algún miembro o parte de él? _____

13.- ¿Hay paresias o parálisis? _____

14.- ¿Hay movimientos anormales? _____

15.- ¿Se aprecia algún trastorno de las facultades psíquicas? _____

16.- OJOS:	Derecho	Izquierdo
a).- Estado anatómico	_____	_____
b) Estado de la Visión	_____	_____
Pupilas	_____	_____
c) ¿De forma circular?	_____	_____
d) ¿De tamaño normal?	_____	_____
e) ¿El reflejo de la luz es normal, está disminuido o abolido?	_____	_____

17.- OIDOS:

¿El estado de la audición es normal? _____

18.- Estado de la cavidad bucal y de la faringe _____

19.- Estado del cuello (ganglios, tiroides) _____

20.- Torax. Aparato respiratorio:

a) ¿La forma y el volumen son normales? _____

b) ¿Es igual la expansión en las dos bases? _____

c) Auscultación _____

d) ¿Hay disnea? _____

21.- Torax, Región precordial _____

a) ¿A nivel de que espacio intercostal o costilla está la punta del corazón? _____

b) ¿La auscultación en los focos clásicos, es normal? (Si hay soplo, retumbo u otros ruidos anormales, dar detalles) _____

22.- ABDOMEN:

a) ¿La forma, el volumen y el estado de la superficie son normales? _____

b) ¿Hay dolor a la palpación superficial y profunda? _____

c) ¿Hay Visceromegalia? _____

23.- ¿Hay Hernia? _____ ¿De que tamaño? _____ ¿Es reducible? _____

24.- Miembros inferiores: _____

a) ¿Hay várices? _____ ¿Edema úlcera o cicatrices? _____

Los siguientes estudios serán realizados antes de presentar la forma de examen médico de admisión, y para sí al ser llenado el formato, se lleve al médico que extenderá dicho examen.

Estos exámenes serán por cuenta del solicitante.

RX Torax _____

BH _____

EGO _____

O.S. _____

GRAVINDEX _____

VDRL _____

OTROS _____

OBSERVACIONES _____

De no llenar los requisitos de salud no se le otorgará los Servicios Médicos por este Instituto.

FECHA _____

DR. _____

FIRMA _____

CLAVE _____