

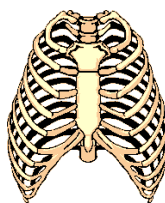


PARTE 2

Form 131.1 Rev. 5/09

REPORTE CONFIDENCIAL DEL EXAMINADOR MEDICO

Parte 3

		Para Hombres Solamente:			Detalles de las Respuestas Afirmativas
11. Estatura (calzado) ____ mts. ____ cms.	Peso (vestido) ____ kgs.	Pecho (inspiración) ____ cms.	Pecho (expiración) ____ cms.	Abdomen, en el ombligo ____ cms.	
12. ¿Tiene apariencia enfermiza o mayor que su edad?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
13. Pulso:		En reposo	Después de ejercicios	3 minutos más tarde	
Pulsaciones					
Irregularidades por min.					
14. Presión Arterial:					
Sistólica		1 _____	2 _____	3. _____	
Diastólica (cesación del sonido)		_____	_____	_____	
(si mayor de 140 o 90, reporte varias lecturas)					
15. ¿Ha recibido el asegurado propuesto algún tratamiento con drogas por hipertensión?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
16. ¿Hay evidencia de arteriosclerosis?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
17. Corazón: ¿Hay					
Hipertrofia?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Díscnea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Soplo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Edema?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
(Describa a continuación – si hay más de uno, describa por separado)					
Situación	Soplo 1	Soplo 2			
Constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Variable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Transferido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Localizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sistólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Presistólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diastólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Suave (Gr. 1-2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mod (Gr. 3-4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alta (Gr. 5-6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Después del ejercicio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Aumentó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sin cambio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Disminuyó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Sus comentarios e impresiones:		
18. ¿Su examen indica alguna anomalía pasada o presente en lo siguiente?					
(Trace un círculo alrededor de los casos pertinentes y de detalles)				Sí	No
(a) Ojos, oídos, nariz, boca, faringe				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(si la visión o el oído están deteriorados, indique en que grado y corrección)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Piel (incluya cicatrices); ganglios linfáticos; venas varicosas o arterias periféricas				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Sistema nervioso (incluya reflejos y parálisis)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Sistema respiratorio				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Abdomen (incluya cicatrices)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Sistema génito-urinario (incluya la próstata)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Sistema endocrino (incluya tiroides y senos)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Sistema muscular y óseo (incluya espina dorsal, coyunturas, amputaciones, deformidades)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Hay hernias?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Sabe usted de alguna historia médica adicional?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Puede enviarse un Reporte Confidencial al Director Médico)					
21. Urinálisis - Resultados del análisis de orina realizado por el médico examinador – ¿Presencia de azúcar? _____ ¿Presencia de proteína? _____ ¿Densidad? _____					
¿Se envía una muestra para el examen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Debe enviarse una muestra a la Casa Matriz (o laboratorio local) si:					
(a) El médico encuentra anomalías en la orina o si hay historia de anomalías.					
(b) El Asegurado Propuesto tiene o ha tenido alguna vez la presión alta.					
Certifico haber examinado al asegurado propuesto a las _____ A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/> el día _____ de _____ de 20 _____					
El examen fue hecho en <input type="checkbox"/> mi consultorio <input type="checkbox"/> residencia del asegurado propuesto <input type="checkbox"/> Otro lugar _____					
Nombre del examinador médico _____ Firma del Examinador Médico _____					
Dirección del examinador médico _____					
Número de seguro social o número de identificación para impuestos _____					
¿Es usted un examinador médico aprobado por la Compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del agente _____ Firma del asegurado propuesto _____					