

FORMULARIO HISTORIA CLÍNICA

Examen Médico Preocupacional

1. DATOS PERSONALES *(Completar de manera legible y sin abreviar)*

Documento:

Apellido: _____ Nombres: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: _____ Antigüedad en el cargo: _____

Estado civil: _____ Nivel de educación: Prim _____ Sec _____ Terc _____ Univ _____

Domicilio: _____ N°: _____ Localidad: _____

Mail: _____ Telefono: (_____) _____

Ministerio: _____ Dependencia: _____

Cargo: _____ Distrito: _____

2. EXAMEN CLÍNICO *(Sólo deben completarlo los/as profesionales)*

Estado actual (N - Normal | O - Observado | NE - No Examinado)

	N	O	NE		N	O	NE
1. Cabeza				9. Abdomen			
2. Cuello				10. Hernias-Eventraciones			
3. Torax				11. Urogenitales			
4. Pulmones				12. Columna			
5. Glándulas Mamarias				13. Extremidades			
6. Corazón				14. Sistema Nervioso			
7. Examen Vascular Perif				15. Marcha y Postura			
8. Tensión Arterial							

Describir en forma explícita y concreta toda anomalía (precediendo al comentario el N° de ítem).

Clínica Médica: _____

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del/de la Médico/a

FORMULARIO HISTORIA CLÍNICA

Oftalmología: _____

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del/de la Médico/a

Fonoaudiología: _____

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del/de la Médico/a

Psicología: _____

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del/de la Médico/a

Odontología: _____

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del/de la Médico/a

FORMULARIO HISTORIA CLÍNICA

Radiología: _____

Tele de Tórax: _____

Panorámica de Columna: _____

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello del/de la Médico/a

3. DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo Juramento **NO ESTAR** en uso de ningún tipo de licencia ni por enfermedad, ni tener conocimiento de padecer afección alguna.

Fecha: ____/____/____

Firma del/de la Agente

4. OBSERVACIONES

Fecha: ____/____/____

Sello Hospital

Firma y Sello Médico/a

ADJUNTAR INFORME DE DECLARACION JURADA, PLACA RX, LABORATORIO, PSICÓLOGO Y ELECTROCARDIOGRAMA.