

# EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL

HISTORIA CLÍNICA Nº  (Consigñar Nº Documento)

## 1. DATOS PERSONALES

DOC: LE  LC  DNI

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: // Edad:  Sexo:  Antigüedad:

Estado civil: \_\_\_\_\_ Nivel de educación: Univ.  Sec.  Prim.  S/ form. educ.

Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Organismo: \_\_\_\_\_ Dependencia: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

## 2. EXAMEN CLÍNICO

Estado actual: (N) - Normal (O) - Observado (NE) - No examinado

EVALUACIÓN CLÍNICA (MARQUE CON UNA X LO QUE CORRESPONDA)

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

Describir en forma explícita y correcta toda anomalía (precediendo al comentario Nº de ítem)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: //

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

## 3. OFTALMOLOGÍA

Agudeza visual, fondo de ojo, etc.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: //

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Especialista

## 4. OTORRINOLARINGOLOGÍA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: //

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Especialista

## 4. PSIQUIATRÍA / PSICOLOGÍA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: //

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Especialista

