

**MINISTERIO DEL INTERIOR**  
DIRECCION NACIONAL DE ASUNTOS SOCIALES



Nombre	Apellido	Doc. Identidad
Tel	F. Nac.	Edad
Localidad	Dirección	Est. Civil
Grado/Escalafón	Profesión	Sexo
		Unidad Ejecutora
		Motivo solicitud

Antecedentes Familiares:

Patología CV ☐ Neoplasias ☐ Diabetes ☐

Alergias ☐ Enf. Mentales ☐ Otros ☐

Antecedentes Personales:

Enf. Neurológicas <input type="checkbox"/>	Trastornos de la visión <input type="checkbox"/>
Enf. Mentales <input type="checkbox"/>	Trastornos de la audición <input type="checkbox"/>
Medicación habitual <input type="checkbox"/>	Enf. Cardiovasculares <input type="checkbox"/>
Psicofármacos <input type="checkbox"/>	Factores de riesgo CV <input type="checkbox"/>
Enf. Broncopulmonares <input type="checkbox"/>	Enf. Endocrinas <input type="checkbox"/>
Neoplasias <input type="checkbox"/>	Enf. Dermatológicas <input type="checkbox"/>
Alergias <input type="checkbox"/>	Enf. Gastrointestinales <input type="checkbox"/>
Enf. Nefrourológicas <input type="checkbox"/>	Enf. Infecciosas <input type="checkbox"/>
Enf. Hematológicas <input type="checkbox"/>	ETS <input type="checkbox"/>
Enf. Reumatológicas <input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas <input type="checkbox"/>
Enf. Osteoarticulares <input type="checkbox"/>	Internaciones <input type="checkbox"/>
Traumatismos: PTM <input type="checkbox"/>	Heridas arma blanca <input type="checkbox"/>
TEC <input type="checkbox"/>	Heridas arma fuego <input type="checkbox"/>
Fracturas <input type="checkbox"/>	Acc. Laborales/indemnizaciones <input type="checkbox"/>

Hábitos: Fumador ☐ Años de habito ☐ Cigarros/día: Hasta 10 ☐ 10 a 20 ☐ Más de 20 ☐

Alcoholismo ☐

Práctica de deportes ☐ Violencia Domestica ☐ Drogas ☐

Vacunas ☐ VAT ☐ VHB ☐

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS: Menarca ☐ Anticonceptivos ☐ Gestaciones ☐

Partos ☐ Cesáreas ☐ Dispareunia ☐ Sangrado intermenstrual ☐ Sangrado mayor a 10 días ☐

Flujo ☐ PAP ☐ Mamografía ☐

Los datos aportados en este formulario tienen el valor de declaración jurada de acuerdo al art. 239 del Código Penal.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

**EXAMEN CLINICO**Agudeza visual ☐ O.D. Corrección ☐ O.I. Corrección ☐ Agudeza Auditiva ☐ O.D. ☐ O.I.

Antropometría: Peso (kg) \_\_\_\_\_ Altura (m) \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

Biotipo \_\_\_\_\_ Piel, faneras y mucosas \_\_\_\_\_

Examen externo del ojo \_\_\_\_\_ Fosas nasales \_\_\_\_\_

Boca y Garganta \_\_\_\_\_ Sistema linfoganglionar \_\_\_\_\_

Cuello \_\_\_\_\_ Tiroides \_\_\_\_\_

Aparato Cardiovascular \_\_\_\_\_

Presión Arterial: PAS \_\_\_\_\_ PAS \_\_\_\_\_ Frecuencia Cardiaca \_\_\_\_\_

Aparato Pleuropulmonar \_\_\_\_\_ Hernias \_\_\_\_\_

Abdomen \_\_\_\_\_

Sistema Osteoarticular \_\_\_\_\_ Columna cervical \_\_\_\_\_ Región dorsal \_\_\_\_\_

Región Lumbosacra \_\_\_\_\_ MMSS \_\_\_\_\_ MMII \_\_\_\_\_

Sistema Neuromuscular ☐ \_\_\_\_\_ Fuerza y tono ☐ \_\_\_\_\_Mamas (inspección, palpación) DER ☐ IZQ ☐ Genitales externos \_\_\_\_\_

Pedido de

Informes \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

**EXAMEN ODONTOLÓGICO**

18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41

21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38

Prótesis: TOTAL ☐ R.R. ☐ P.F. ☐Color y consistencia ☐ Sangrado ☐ Movilidad ☐ Migraciones ☐ Higiene ☐ Sarro ☐ATM y oclusión ☐ Enf. paradencia ☐ Otras lesiones \_\_\_\_\_Otorgado por 6 meses ☐ 2 años ☐ Firma del odontólogo \_\_\_\_\_

Exámenes complementarios: Hemograma: Leucocitos \_\_\_\_\_ Hb \_\_\_\_\_

VCM \_\_\_\_\_ HCM \_\_\_\_\_ Plaquetas \_\_\_\_\_ VDRL: R - NR Glicemia \_\_\_\_\_

Azoemia \_\_\_\_\_ Creatininemia \_\_\_\_\_ Uricemia \_\_\_\_\_ Ex. Orina: Normal Anormal

Perfil Lipídico: COL \_\_\_\_\_ TGL \_\_\_\_\_ HDL-C \_\_\_\_\_ LDL-C \_\_\_\_\_ IA \_\_\_\_\_

Conclusiones Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Conductas Adoptadas \_\_\_\_\_

Otorgado por 6 meses ☐ 2 años ☐ Motivo \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

FIRMA RESPONSABLE CARNET DE SALUD \_\_\_\_\_