

Nombre _____ Apellido _____ Doc. Identidad _____
Tel _____ F. Nac. _____ Edad _____ Est. Civil _____ Sexo _____ Dpto _____
Localidad _____ Dirección _____ Unidad Ejecutora _____
Grado/Escalafón _____ Profesión _____ 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 <input type="checkbox"/> Años de habito <input type="checkbox"/> Cigarros/día: Hasta 10 <input type="checkbox"/> 10 a 20 <input type="checkbox"/> Más de 20 <input type="checkbox"/>	
Alcoholismo <input type="checkbox"/>	
Práctica de deportes <input type="checkbox"/> _____	Violencia Domestica <input type="checkbox"/> _____ Drogas <input type="checkbox"/> _____
Vacunas <input type="checkbox"/> _____	VAT <input type="checkbox"/> _____ VHB <input type="checkbox"/> _____
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS: Menarca <input type="checkbox"/> Anticonceptivos <input type="checkbox"/> Gestaciones <input type="checkbox"/>	
Partos <input type="checkbox"/> Cesáreas <input type="checkbox"/> Dispareunia <input type="checkbox"/> Sangrado intermenstrual <input type="checkbox"/> Sangrado mayor a 10 días <input type="checkbox"/>	
Flujo <input type="checkbox"/> _____	PAP <input type="checkbox"/> _____ Mamografía <input type="checkbox"/> _____
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 CLINICOAgudeza visual ☐ O.D. Corrección ☐ O.I. Corrección ☐ Agudeza Auditiva ☐ O.D. ☐ O.I.

Antropometría: Peso (kg) _____ Altura (m) _____ IMC _____

Biotico _____ 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 ODONTOLOGICO

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 _____