

*“El Río Atuel también es Pampeano”*

## ANTECEDENTES MÉDICOS

Lugar y Fecha:...../...../.....

### DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

**APELLIDO Y NOMBRES:**

Fecha Nacimiento:	/ /	D.N.I. n°:	Afiliado:
Nacionalidad:		Lugar de Nacimiento:	
Estado Civil : soltera/o ___ casada/o ___ Viuda/o ___ Sep. Personal ___ Divorciada/o ___ fecha: ___/___/___			
Estado Actual : Unión Convivencial ___ Separación de hecho ___ fecha: ___/___/___			
DOMICILIO Calle:	n°:	piso:	Dpto:
			Barrio:
Localidad:	Provincia:		Cód. Postal:
Telefono:	Celular:		E-mail:

### CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

Profesión:	Fecha ingreso: / /
Tareas que desempeña (descripción analítica):	

.....  
**Firma y Sello Empleador**

---

## CERTIFICACIÓN MÉDICA

Esta certificación deberá ser llenada por el médico de cabecera, en todos sus ítems. En caso de intervenir médicos especialistas, lo harán en la parte que corresponda, insertando al pie la firma, el sello y la fecha de la intervención.

### ANTECEDENTES PERSONALES:

**ENFERMEDADES:**.....

.....

**OPERACIONES Y/O TRAUMATISMOS:**.....

.....

**INSTITUCIONES Y/O MÉDICOS QUE LO ASISTIERON:**.....

.....

**ENFERMEDAD ACTUAL:**.....

.....

.....

**FECHA DE INICIACIÓN DE LA ENFERMEDAD - PRIMEROS SINTOMAS -:**.....

.....

.....

**DATOS CLÍNICOS:**.....

.....

.....

.....

.....

**LUGAR Y FECHA:** ...../...../.....

-----  
**Firma y Sello Médico**

-----  
**Firma Afiliado**



*“El Río Atuel también es Pampeano”*

**ESTADO ACTUAL**

EDAD..... PESO .....TALLA .....ASPECTO GENERAL .....

.....

.....

**CABEZA**

Cráneo y Cara .....

Visión .....

Pupilas .....

Reflejos a la luz ..... a la acomodación .....

..... consensuales .....

Fosas Nasales ..... Audición .....

Boca: mucosas ..... Lengua .....

..... Piezas dentarias .....

..... Fauces .....

**CUELLO**

Inspección-Palpación .....

.....

**TÓRAX**

Descripción .....

.....

Glándulas mamarias .....

.....

.....

**APARATO RESPIRATORIO**

.....

.....

.....

.....

.....

---

**APARATO CIRCULATORIO CORAZÓN**

Inspección .....  
Palpación .....  
Auscultación .....

**SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO**

Arterias .....  
Pedias .....  
Pulso: frecuencia .....  
Presión arterial: D..... Mn ..... x ..... Mn .....

**VENAS:**

¿Hay várices?  SI -  NO, descripción de las mismas .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**APARATO DIGESTIVO**  
**ABDOMEN**

Palpación - Percusión .....

HÍGADO.....

BAZO .....

HERNIAS:  SI -  NO, su descripción:.....

**APARATO URINARIO Y GENITAL**

Examen Físico.....



*“El Río Atuel también es Pampeano”*

**SISTEMA NERVIOSO**

**Motilidad:**  Activa -  Pasiva .....

.....  
.....  
.....

**Fuerza** .....

.....  
.....

**Tono muscular** .....

.....

**Marcha** .....

.....

**Sensibilidad Superficial y Profunda** .....

.....  
.....  
.....

**Reflejos: Osteotendinosos y cutáneomucosos:** .....

.....

**Pares craneanos**.....

.....  
.....  
.....

**Lenguaje**.....

.....  
.....

**Psiquismo** .....

.....  
.....  
.....  
.....

---

**SISTEMA OSTEOARTICULAR**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

.....

.....

.....

.....

LUGAR Y FECHA ...../...../.....

-----  
**Firma y Sello del Médico**