



.....
Lugar y Fecha

Afiliado nº

Expediente nº

ANTECEDENTES MÉDICOS

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO Y NOMBRES:
LE/LC/DNI (1) nº..... EDAD:.....
NACIONALIDAD.....ESTADO CIVIL.....
DOMICILIO:
REPARTICIÓN.....

⁽¹⁾ Tachar lo que no corresponda

CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

PROFESIÓN.....FECHA INGRESO/...../.....
TAREAS QUE DESEMPEÑA (Descripción analítica).....
.....
.....

LUGAR Y FECHA.....

.....
Firma y Sello Empleador



Afiliado nº

Expediente nº

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Esta certificación deberá ser llenada por el médico de cabecera. 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 HEREDITARIOS Y PERSONALES:

ENFERMEDADES:.....

.....

OPERACIONES Y/O TRAUMATISMOS:.....

.....

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

.....

ENFERMEDAD ACTUAL:.....

.....

FECHA DE INICIACIÓN DE LA ENFERMEDAD:.....

.....

DATOS CLÍNICOS:.....

.....

.....

.....

.....

LUGAR Y FECHA:

Firma y Sello Médico

Firma Afiliado



Afiliado nº

Expediente nº

ESTADO ACTUAL

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

.....

.....



Afiliado nº

Expediente nº

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

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



Afiliado nº

Expediente nº

APARATO DIGESTIVO
ABDOMEN

Palpación - Percusión

.....

HÍGADO.....

.....

BAZO

.....

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

.....

APARATO URINARIO Y GENITAL

Examen Físico.....

.....

.....

SISTEMA NERVIOSO

Motilidad: Activa - Pasiva

.....

.....

Fuerza

.....



Afiliado nº

Expediente nº

Tono muscular

.....

Marcha

.....

Sensibilidad Superficial y Profunda

.....

.....

Reflejos: Osteotendinosos y cutáneomucosos:

.....

Pares craneanos.....

.....

.....

.....

Lenguaje.....

.....

.....

Psiquismo

.....

.....

.....

.....

Afiliado n°

Expediente n°



SPS
Servicio de Previsión Social
Instituto de Seguridad Social
Provincia de La Pampa

Afiliado n°

Expediente n°

SISTEMA OSTEOARTICULAR

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

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Pedidos

.....

.....

LUGAR Y FECHA

Firma y Sello del Médico