



“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 personal (obligatorio):					

COMPLETAR SI LOS ANTECEDENTES MÉDICOS CORRESPONDEN A UN FAMILIAR DEL BENEFICIARIO

Beneficio n°:
Apellido y Nombre del Titular:

CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

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

.....
Firma Afiliado

.....
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 SÍNTOMAS -:.....

.....

.....

DATOS CLÍNICOS:.....

.....

.....

.....

.....

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

Firma y Sello Médico

“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