

# Formulario de Examen medico

Apellido y Nombre	Edad	Fecha y lugar de Nacimiento
Motivo del Examen	Fecha del Examen	
Lugar y dirección del Examinado	Tel. Particular	

## ANTECEDENTES PERSONALES: HA PADECIDO O PADECE DE:

Tildar cada ítem	Si	No	Tildar cada ítem	Si	No	Tildar cada ítem	Si	No
Neumonía - Bronconeumonía			Dolores de Pecho			Epilepsia - Convulsiones		
Asma Bronquial			Anemia			Depresión - Irritabilidad		
Rinitis a Repetición			Diabetes			Vértigo - Mareos		
Otitis - Sinusitis			Trastornos Digestivos			Insomnios ( sin s)		
Anginas a repetición			Infecciones Urinarias o Cólico renal			Tabaquismo		
Bronquitis Crónica			Chagas			Hábitos Alcohólicos		
Hipertensión arterial			Lumbago - Ciática			Adicción a Drogas		
Hipotensión arterial			Pérdida de conciencia			Antecedentes de Ascensos		
Palpitaciones			Perdida de memoria					
Toma Medicamentos Especificar:			Internaciones Especificar:			Intervención quirúrgica Especificar:		

Declaro que los datos que anteceden aportados por mi, son la fiel expresión de la verdad y constituyen carácter de declaración jurada.

Firma del Examinado

## EXAMEN CLINICO

BIOMETRIA	ALTURA	PESO	I.M.C	
Normal		Anormal		Descripción/ Diagnóstico
	Cabeza - Cara			
	Cuello (pulsos – Soplos – Etc.)			
	Torax y Pulmones			
	Corazón (Ritmo – Ruidos – Etc.)			
	Sistema Vasculuar (pulsos)			
	Abdomen y Vísceras (Hernia)			
	Columna Vertebral			
	Ext. Superiores			
	Ext. Inferiores			
	Piel y Linfáticos			
<b>Examen Clínico Cardiológico</b>				Cod.
Presión Arterial Recostado	Sis. Días	Pulso recostado	E.C.G	Cod.

**LABORATORIO**

<b>Orina:</b> d:      Asp: L      LT      T      Microscopia																	
Albúmina					Glucosa												
<b>Sangre :</b> Glucemia      mg/dl					Uremia      mg/dl					Asp. Suero			Eritro		Grupo		
GR      /mm3					GB      /mm3					Hb      g%			Hto      %				
Form	N	%	E	%	B	%	L	%	M	%	Morf. Roja	A	A'	Hc	m	P	

Radiografía de Torax

Antecedentes Alergicos a medicamentos

Antecedentes Alergicos al Ambiente

Usa Anteojos

Calificación .....

.....

.....

**Por la presente deajo constancia que esta persona tiene el apto medico para realizar una cabalgata de 180 km. ascendiendo hasta los 4500 mts. de altura con actividad física relativa.**

Fecha .....      .....

Firma