



## EXAMEN MÉDICO

**Instrucciones:** Llene este formulario a máquina o en letra de molde. El solicitante llenará los apartados 1 al 6, las partes A (Historial Médico), B (Historial Familiar) y el apartado 36. Este último deberá llenarse en presencia del médico examinador. El medico examinador llenara la parte C (Examen Físico) y el apartado 37.

(1) NOMBRE Y APELLIDOS | \_\_\_\_\_ (2) SEGURO SOCIAL (ÚLTIMOS CUATRO) | \_\_\_\_\_  
 (3) FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) | \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (4) SEXO |  F  M (5) ESTADO CIVIL |  S  C

### A. HISTORIAL MÉDICO

(7) INDIQUE SI HA PADECIDO O PADECE DE LO SIGUIENTE:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Difteria Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                   | Palpitaciones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                     | Parálisis o neuritis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                         |
| Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 | Presión arterial alta o baja <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      | Epilepsia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                    |
| Mareos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                      | Calambres en las pierna <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO           | Piedras del riñón <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                            |
| Enfermedades de los ojos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                    | Indigestión crónica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO               | Enfermedades de los pies <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                     |
| Enfermedades en los oídos, nariz o garganta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Enfermedades del estómago, <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO        | Enfermedades de los huesos o deformidades <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    |
| Sordera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                     | Hígado o intestinos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO               | Preocupación excesiva <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                        |
| Catarros Frecuentes o severos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO               | Enfermedad de la vesícula biliar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  | Periodos de depresión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                        |
| Sinusitis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                   | Ictericia (piel y ojos amarillos) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Alguna enfermedad de los nervios <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO             |
| Alergias Nasales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                            | Enfermedad de la Tiroides <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO         | Ataques de nervios o pérdida de conocimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Asma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  | Hernia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                            | Ataques de falta de respiración <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO              |
| Tuberculosis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                | Apendicitis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                       |  |
| Dolores en el pecho <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                         | Enfermedades del corazón <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO          |  |
|   | Ataque de falta de respiración <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    |  |

(8) Especifique en el siguiente espacio otras enfermedades que haya padecido y operaciones sufridas.

9) Si alguna de las preguntas en los apartados 7 y 8 es contestada en afirmativa, debe utilizar este espacio para describir la condición actual. Si ha sido atendido por un médico o un hospital, indique el nombre del médico u hospital.

### B. HISTORIAL FAMILIAR

RELACION	EDAD	ESTADO DE SALUD	SI MURIO, INDIQUE LA CAUSA	EDAD AL MORIR
PADRE				
MADRE				
HERMANOS Y HERMANAS				

**AL MEDICO EXAMINDADOR:** Antes de que esta persona sea escogida como para el Internado Pilar Barbosa de la Oficina de Servicios Legislativos, tiene que reunir las normas de salud y condición física requerida para el internado que solicita. Observe y examine esta persona y haga las anotaciones pertinentes en los apartados de este formulario.

C. EXAMEN FISICO

(10) ESTATURA | \_\_\_\_\_ PIES \_\_\_\_\_ PULGADAS \_\_\_\_\_ PESO | \_\_\_\_\_ LIBRAS \_\_\_\_\_

(11) OJOS | Sin cristales: Derecho (20) \_\_\_\_\_ Izquierdo(20) \_\_\_\_\_ Con cristales: Derecho (20) \_\_\_\_\_ Izquierdo(20) \_\_\_\_\_

(12) APRECIACIÓN DE COLORES | ¿Es esta normal cuando se una al placa de colores Ishihara?  SI  NO

Si no, ¿puede el solicitante pasar otra prueba comparable?  SI  NO

(13) OÍDOS: | Sin cristales: Derecho \_\_\_\_\_ (20 pies) Izquierdo \_\_\_\_\_ (20 pies) (Nota: los denominadores indican lo normal. Llene el numerador como la distancia máxima a que puede oír conversación ordinaria)

EVIDENCIA DE ENFERMEDADES

COMENTARIOS

- (14) Ojos, oídos, nariz o garganta  SI  NO \_\_\_\_\_
- (15) Cabeza y cuello  SI  NO \_\_\_\_\_
- (16) Piel  SI  NO \_\_\_\_\_
- (17) Sistema gastro-intestinal  SI  NO \_\_\_\_\_
- (18) Tiroides  SI  NO \_\_\_\_\_
- (19) Pecho y pulmones  SI  NO \_\_\_\_\_
- (20) Corazón  SI  NO \_\_\_\_\_
- (21) Hernia  SI  NO \_\_\_\_\_
- (22) Sistema genitourinario  SI  NO \_\_\_\_\_
- (23) Venas varicosas  SI  NO \_\_\_\_\_
- (24) Espalda y extremidades  SI  NO \_\_\_\_\_
- (25) Sistema endocrino  SI  NO \_\_\_\_\_
- (26) Condición de los pies  SI  NO \_\_\_\_\_
- (27) Cicatrices de traumatismo previo o enfermedades graves  SI  NO \_\_\_\_\_
- (28) Sistema neurológicos  SI  NO \_\_\_\_\_
- (29) Problema psiquiátrica  SI  NO \_\_\_\_\_
- (30) Pulso Regular: \_\_\_\_\_ Irregular: \_\_\_\_\_
- (31) Presión Arterial Sistólica: \_\_\_\_\_ Mm. Hg. Diastólica: \_\_\_\_\_
- (32) Radiografía del Tórax \_\_\_\_\_

(33) Análisis de la orina: Gravedad especifica: \_\_\_\_\_ Albumina: \_\_\_\_\_ Azúcar: \_\_\_\_\_ Cilindros \_\_\_\_\_

(34) El solicitante puede desempeñar deberes que implican esfuerzo físico: fuerte \_\_\_\_\_ moderado \_\_\_\_\_ ligero \_\_\_\_\_

(35) El medico examinador deberá revisar los apartados A y B de este formulario y elaborar o resumir en este espacio cualquier información de importancia en el Historial Médico. Use papel adicional de ser necesario.

(36) CERTIFICACION Y AUTORIZACION DEL SOICITANTE

**CERTIFICO** que la información que he incluido en este formulario y la que he suplido al médico examinador es verdadera y completa. Autorizo a cualquier medico u hospital mencionados a suministrar información sobre mi expediente médico a la Comisión Conjunta del Programa Internado Pilar Barbosa y la Oficina de Servicios Legislativos. Igualmente autorizo a la Comisión Conjunta del Programa del Internado Pilar Barbosa y la Oficina de Servicios Legislativos a someterme, en cualquier momento, a un Examen Médico con el médico que ellos seleccionen.

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE EN LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
FIRMA (EL SOLICITANTE DEBERÁ FIRMAR EN PRESENCIA DEL MÉDICO EXAMINADOR)

(37) El médico deberá llenar este apartado letra de molde : Dirección:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha del examen \_\_\_\_\_

Número de licencia \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ M.D.