



PILAR BARBOSA

— INTERNADO LEGISLATIVO —

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 médico examinador llenará 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 piernas | <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 | Períodos 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 EXAMINADOR: 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.