



EXAMEN

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES				D.N.I. / L.E. / L.C.		
FECHA DE NACIMIENTO		PROFESION				
DOMICILIO						
CALLE		NUMERO	PISO	DPTO	CARACT. TEL.	TELEFONO
					()	
BARRIO		COD. POSTAL	LOCALIDAD		PROVINCIA	

HISTORIA CLÍNICA

ASPECTO GENERAL			DEFECTOS FÍSICOS		
ESTATURA	PESO	PIEL	TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO		

APARATO CARDIOCIRCULATORIO

AREA CARDIACA			TONOS CARDIACOS		
PULSO	TENSIÓN ARTERIAL		VENAS Y ARTERIAS	HEMORROIDES	
	Mx.	Mn.			
VARICES			VARICOCELE		

APARATO RESPIRATORIO

OBSERVACIONES					

APARATO DIGESTIVO

OBSERVACIONES					

APARATO GENITO URINARIO

OBSERVACIONES					

GENERALIDADES

ABDOMEN			HERNIAS		
AMIGDALAS			CARIES DENTALES		
SENTIDO DEL OIDO			SENTIDO DE LA VISTA		
SISTEMA NERVIOSO					

HISTORIA GINECOLÓGICA

GENERALIDADES

AÑOS DE HISTORIA GINECOLÓGICA	TIPO	RITMO MENSTRUAL ACTUAL	CARACTERÍSTICAS
¿LE OBLIGAN AL REPOSO?		GINECOPATÍAS	MENOPAUSIA
SI (¿POR QUÉ?)	NO		

EMBARAZOS

CANTIDAD DE EMBARAZOS	CANTIDAD DE HIJOS	PARTOS NORMALES	PARTOS DISTÓCICOS
COMPLICACIONES PRE-PARTO		COMPLICACIONES POST-PARTO	
ABORTOS		PREMATUROS	

OBSERVACIONES - OTROS EXAMENES - CONCLUSIONES

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

LUGAR Y FECHA _____

FIRMA Y SELLO MEDICO EXAMINADOR

ESTUDIOS A REALIZARSE Y PRESENTACION DE LOS MISMOS

1. Consulta Clínica (completar dicho formulario)
2. Radiografías de:
 - 2.1. Tórax con informe médico
 - 2.2. Columna Cervical (frente y perfil) con informe médico
 - 2.3. Columna Lumb. Sac. (frente y perfil) con informe médico
3. Laboratorio:
 - 3.1. Hemograma
 - 3.2. Eritrosedimentación
 - 3.3. Glucemia
 - 3.4. Colesterolemia
 - 3.5. Uremia
 - 3.6. Orina Completo
4. Electrocardiograma (actual y con informe médico)

Trámite en la Caja de Previsión se realiza de lunes a viernes, preferentemente de 08:00 a 09:00 hs.