

DATOS PERSONALES:

Fecha de inicio:

Nombre y Apellido
 Fecha de nacimiento..... Edad..... Nacionalidad..... DNI.....
 Cobertura médica:..... Nº de afiliado Tel. prepaga.....
 Dirección..... Tel..... Cel.....
 Avisar en caso de emergencia a:
 Mail..... Ocupación.....

PLAN A CONTRATAR.....

1- ANTECEDENTES:

Traumatismo: Cirugías.....
 ALCOHOL: SI – NO FUMADOR: SI – NO MEDICAMENTOS: SI – NO
 Cantidad..... Cantidad..... Cantidad.....

2- EXAMEN CLINICO:

Talla:..... Peso: Saturación de O2:.....
 TA: en brazo izquierdo:..... TA: en brazo derecho:
 Pulso:
 Cráneo – Cara – Columna Vertebral – Aparato Respiratorio – Aparato Circulatorio – Abdomen – Genitourinario –
 Locomotor – Nervioso (Recuadrar únicamente donde exista patología y detallar a continuación)

 Actividad Física: SI – NO Tipo De frecuencia:

3-VISION:

O.D..... O.I.: Conclusion:
 AUDICION: Conclusion:

4- EXAMEN COMPLEMENTARIO:

GRUPO SANGUINEO:..... FACTOR:
 Otros que el médico aconseje: detallar a continuación:

 CONCLUSIONES: APTO..... NO APTO

OBSERVACIONES:

.....

.....
 Firma del solicitante

.....
 Firma y Sello del Profesional