

HISTORIAL MÉDICO

Número de Préstamo _____

I. DATOS RELACIONADOS DEL SOLICITANTE

				<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F		
Nombre y Apellidos			Seguro Social Cuatro Últimos Dígitos		Estado Civil		Sexo		Fecha de Nacimiento (día/mes/año)
Edad	Tipo de Examen	Tipo de Pensión	Lugar de Trabajo			Puesto que Ocupa			
Dirección Residencial					Dirección Postal				

II. HISTORIAL MEDICO

1. Indique si ha padecido o padece de lo siguiente:

	Si	No		Si	No		Si	No
Difteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores en el Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ardor o Dificultad al Orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Azúcar o Albúmina en la Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en las Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Alta o Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Cabeza Severo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calambre en las Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los Huesos o Deformidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades en los Oídos, Nariz o Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los Pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades en los Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del Hígado, Estómago o Intestinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis o Neuritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catarros Frecuentes o Severos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Vesícula Biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Icteria (piel y ojos amarillos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques de Nervios o Pérdida de Conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias Nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores ,Quistes o Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupación Excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Períodos de Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna Enfermedad de los Nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques de Falta de Respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piedras del Riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Sangre en la Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

2. Especifique otra enfermedades que haya padecido y operaciones realizadas.

3. Conteste Si o No

a. Es o ha sido habitual o excesivo al uso de sustancias controladas o bebidas.	Si	No
b. Se le ha negado empleo alguna vez debido a su salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Si es Veterano, le licenciaron el Servicio por alguna enfermedad física o mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Recibe usted alguna pensión o ha solicitado alguna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Si es mujer, informe sobre lo siguiente:

a. Número de hijos _____	d. Es esta dolorosa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
b. Número de aborto _____	e. Ha padecido de alguna enfermedad vaginal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
c. Edad en que comenzó la menstruación _____	Si contesta si indique cual: _____

5. Si alguna de las preguntas en los apartados 1,2,3 es contestada afirmativa, debe utilizarse este espacio para describir la condición actual. Si ha sido atendido por un médico o un hospital indique el nombre del médico u hospital.

III. HISTORIAL FAMILIAR

Relación	Edad	Estado de salud	Si murió indique la causa	Edad al morir
Padre				
Madre				
Hermanas y Hermanos				

IV. CERTIFICACIÓN

Certifico que la información que he incluido en este formulario es completa y verdadera. Autorizo a cualquier médico y hospital a suministrar información sobre el expediente médico a la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura. Igualmente autorizo a la Agencia a someterme en cualquier momento a un examen médico con el médico que la Administración seleccione. **El médico tiene que indicar si está apto para el Seguro de Vida.**

Nombre y Apellidos _____ Firma _____ Fecha (día/mes/año) _____

Examen Físico

Nombre y Apellidos	Peso actual	Presión Arterial	Estatura	Pulso	Temperatura
--------------------	-------------	------------------	----------	-------	-------------

1. Síntomas Primordiales

2. Padecimiento Actual

3. Apariencia General y Función Psíquica

4. Piel

5. Sistema Linfático y Hemopoyético

6. Cabeza, Cara y Cuello

7. Nariz y Garganta

8. Oídos y Ojos

9. Venas Varicosas

10. Sistema Cardiovascular

11. Sistema Digestivo

12. Sistema Respiratorio

13. Hernia

14. Sistema Genitourinario

15. Sistema Músculoesqueletal y Extremidades

16. Sistema Endocrino

17. Sistema Nervioso

18. Exámenes de Laboratorio y Consultas Recomendadas

Requeridos para el Seguro Hipotecario: SMA 20, URINALYSIS, CBC & DIF, VDRL, EKG, PLACA DE PECHO.

19. Observaciones

20. Diagnóstico

Nombre del Médico

Firma del Médico

Núm de Licencia

Fecha (día/mes/año)

Dirección