

FICHA DE EVALUACION MÉDICA CURSO BASICO

Instrucciones: A continuación escriba la información que se le solicita y/o marque con una "X" cuando sean necesario únicamente los numerales 1, 2, 3 y 4; los numerales 5 y 6 serán llenados por personal médico.

1. Información de Datos personales de identificación.

APELLIDOS Y NOMBRES					DPI:	
					NIT:	
LUGAR DE LA EVALUACION:					FECHA:	
SEXO		ETNIA	NOMBRE DE PADRES		LUGAR DE NACIMIENTO	
M F						
FECHA DE NACIMIENTO			DOMICILIO ACTUAL		FECHA ÚLTIMA REGLA:	
DIA	MES	AÑO			No. de Embarazos:	

2. Área llenado por el aspirante.

HISTORIAL FAMILIAR							
ENFERMEDADES FAMILIARES	SI	NO	PARENTESCO	ENFERMEDADES FAMILIARES	SI	NO	PARENTESCO
TUBERCULOSIS				ENFERMEDAD DEL ESTOMAGO			
SÍFILIS				REUMATISMO			
DIABETES				ALERGIAS			
PRESIÓN ALTA				ATAQUES			
CÁNCER				SUICIDIOS			
ENFERMEDAD RENAL				ENFERMEDADES MENTALES			
ENFERMEDAD CORAZÓN				ENFERMEDAD DE TIROIDES			
PARENTESCO	EDAD	ENFERMEDAD O ESTADO DE SALUD		SI FALLECIDO CAUSA			
PADRE							
MADRE							
ESPOSA							
HIJOS							

3. Historial médico personal.

Ha sufrido o sufre de:	SI	NO	Ha sufrido o sufre de:	SI	NO	Ha sufrido o sufre de:	SI	NO
ASMA			HEMORROIDES			PROBLEMAS DENTALES		
TOS CRÓNICA			USO DE DROGAS			CATARROS FRECUENTES		
PROBLEMAS EN OÍDOS			APARATOS ORTOPÉDICOS			CÁNCER		
PROBLEMAS DIGESTIVOS			HEMORRAGIAS			SANGRE EN ORINA		
CÓLICOS			DOLOR ARTICULACIONES			ATAQUES		
DIARREAS CONSTANTES			PERDIDA DE CONOCIMIENTO			DEPRESIÓN		
USO DE APARATO PARA OÍR			DESEOS DE SUICIDIO			TUBERCULOSIS		
PALPITACIÓN EN EL PECHO			PROBLEMAS CON VISTA			TUMORES		
FRACTURAS			COJERAS AL CAMINAR			BRONQUITIS		
MAREOS			PERDIDA DE MEMORIA			TARTAMUDEZ		
ALCOHOLISMO			SONAMBULISMO			DIFICULTAD MENSTRUAL		
DESORDENES DEL CICLO			FLUJOS VAGINALES			SÍFILIS		
DIABETES			PRESIÓN BAJA			PRESIÓN ALTA		
OTRO PADECIMIENTO			ANSIEDAD			DOLORES MUSCULARES		

4. Antecedentes importantes.

ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	EXPLIQUE		
4.1 HA ESTADO INCAPACITADO PARA ALGÚN TRABAJO					
4.2 ES ALÉRGICO/AQUÍMICO, POLVO, LUZ SOLAR, ETC...					
4.3 TIENE DIFICULTAD EN CIERTAS POSTURAS DEL CUERPO					
4.4 HA SIDO RECHAZADO EN ALGUNA OPORTUNIDAD DE TRABAJO					
4.5 HA SIDO HERIDO CON ALGUNA ARMA					
4.6 LE HAN INDICADO QUE DEBE SER OPERADO POR ALGÚN PROBLEMA DE SALUD.					
4.7 HA ESTADO HOSPITALIZADO POR ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL					
4.8 HA TENIDO ALGUNA OTRA ENFERMEDAD NO MENCIONADA ANTERIORMENTE					
4.9 SE ENCUENTRA SUSPENDIDO EN ACTIVIDAD LABORAL POR CAUSA DE ALGUNA ENFERMEDAD					
4.10 SE HA REALIZADO ALGUN TATUAJE O PEFORACION EN EL CUERPO			A QUE EDAD	CUANTO TIEMPO LO TUVO	INTENTO BORRARLO

"Guatemala necesita de ti, para la seguridad de todos"

15 calle 16-00 Colonia Cipresales zona 6, ciudad Guatemala, teléfonos: 24299921 y 24299923,

Correo electrónico: juntaevaluadorabasic@pnc.edu.gt

Página Web: www.pnc.edu.gt

Uso exclusivo del personal médico Junta Evaluadora

5. Examen Médico/Físico.

EXAMEN FÍSICO

P/A	FC	FR	TO	NOMBRE FIRMA ENFERMERO RESPONSABLE
	Xm	Xm	C	
PESO	TALLA	IMC	NOMBRE FIRMA ENFERMERO RESPONSABLE	
Kg	mts	%		

AGUDEZA VISUAL

SIN LENTES		CON LENTES		NOMBRE FIRMA ENFERMERO RESPONSABLE
OJO DER	OJO IZQ	OJO DER	OJO IZQ	
PUPILAS	PARPADOS	ACOMODACION		

AGUDEZA AUDITIVA

CONDUCTOS AUDITIVOS		TIMPANOS	
Izquierdo:	Derecho:	Izquierdo:	Derecho:

6. Examen somático

PIEL	SIST VASCULAR	SIST OSTEOMUSCULAR	SNC	CORAZON
CABEZA, CARA, CUELLO	TORAX	ABDOMEN	AP GENITUORINARIO	REFLEJOS

OBSERVACIONES

DIAGNOSTICO	APTO <input type="checkbox"/>	NO APTO <input type="checkbox"/>
MEDICO EVALUADOR	FIRMA	SELLO

YO: _____ DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE DOCUMENTO SON VERDADEROS Y ESTOY DISPUESTO(A) A EFECTUARME LAS PRUEBAS DE LABORATORIO Y OTRAS CUANDO SEAN NECESARIAS PARA COMPROBAR MI ESTADO DE SALUD, SIN RESPONSABILIDAD DE LAS AUTORIDADES DE ESTE CENTRO DE ESTUDIOS; Y DE SER DECLARADO APTO POR EL MEDICO, ESTOY DISPUESTO A REALIZAR LAS PRUEBAS FÍSICAS VOLUNTARIAMENTE BAJO MI RESPONSABILIDAD.

FIRMA _____ HUELLA DIGITAL: _____

“Guatemala necesita de ti, para la seguridad de todos”

15 calle 16-00 Colonia Cipresales zona 6, ciudad Guatemala, teléfonos: 24299921 y 24299923,

Correo electrónico: juntaevaluadorabasic@pnc.edu.gt

Página Web: www.pnc.edu.gt