**EXAMEN FÍSICO**

**FECHA:**……………..………………….

**APELLIDOS Y NOMBRES:**....................................................................................................

**JERARQUÍA:**…………………………………. D**ESTINO:**…………………………………………………………………

**DNI:**……………………………………………… **EDAD:**…….…………

**DATOS: PESO**…………………………… **TA**………………….... **TALLA:**…………….…….

**CAB:**……………….…………..  **IMC:** ………………...

**RECIBE TRATAMIENTO MEDICO: SI NO**

**(ESPECIFIQUE)**……......................……………………………………………………………….…………………..………….

…………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

**ES ALÉRGICO: SI NO**

**(ESPECIFIQUE)**……......................…………………………………………………………………………………….…………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA SI NO**

**1X SEMANA 3XSEMANA 5XSEMANA**

**TRAUMATISMO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES SI NO**

**(ESPECIFIQUE)**……......................………………………………………………………………..………………………..….…

…………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

1. **DOLOR ÓSEO O MUSCULAR SI NO**

**(ESPECIFIQUE)**……......................………………………………………………………………..………………………………

…………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

1. **CIRUGÍAS ÚLTIMOS SEIS MESES SI NO**

**(ESPECIFIQUE)**……......................………………………………………………………………..…………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………

1. **TOMA SUPLEMENTOS SI NO**
2. **FECHA DE ULTIMO PARTO** ………………………………. **FUM**………………………………….
3. **ANTECEDENTES PERSONALES:**

* **TABAQUISMO NO SI (X DIA)**...........
* **ALCOHOLISMO NO SI**
* **DIABETES NO SI**
* **ANEMIA NO SI**
* **ANT. CARD. VASC. H.T.A RT. NO SI**

**ARRITMIA NO SI**

**PADECE FRECUENTEMENTE DE:**

* **CONVULSIONES NO SI**
* **CEFALEAS NO SI**
* **MAREOS NO SI**
* **DESMAYOS NO SI**
* **TOS NO SI**
* **DOLOR TORÁCICO NO SI**
* **DIARREA NO SI**
* **DOLOR ARTICULAR NO SI**
* **ALTERACIONES EMOCIONALES NO SI**

**FIRMA**

**ACLARACIÓN:**

**FECHA Y HORA: MEDICO AUDITOR**