

FORMULARIO "F"
FICHA DE EVALUACIÓN MÉDICA**PROGRAMA DE INDUCCION PARA ASPIRANTES A AGENTES PENITENCIARIOS**

Fecha de evaluación: ____/____/____

1.DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos: _____

Cédula de Identidad: _____

Carnet del indígena: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Edad: ____ Sexo: _____

Nacionalidad: _____

Fecha del último examen médico: _____

Consentimiento informado antes de la consulta:

Antecedentes personales relevantes:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión
- ☐ Cardiopatías
- ☐ Cirugías
- ☐ Alergias (especificar a qué): _____
- ☐ Cáncer
- ☐ EPOC, ASMA
- ☒ Otras enfermedades: _____
- ☒ Medicamentos que utiliza: _____
- ☒ ¿Presenta alguna discapacidad? (en caso afirmativo, especificar cuál): _____
- ☒ Vacunas:
 - ☐ Antitetánica (última dosis): ____/____/____
 - ☐ Influenza (última dosis): ____/____/____
 - ☐ COVID-19 (última dosis): ____/____/____
 - ☐ Hepatitis B (última dosis): ____/____/____
 - ☐ Antimalárica (última dosis): ____/____/____
 - ☐ Otras (especificar): _____

2. MOTIVO DE CONSULTA (MC):

Describir brevemente el motivo de la consulta.

Formando servidores penitenciarios comprometidos con la seguridad y reinserción social

3. ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (AEA):

4. EXAMEN FÍSICO

PA: _____ PULSO: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ CA: _____

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

Visión: _____ Audición: _____

Orientación en tiempo y espacio: _____

Antecedentes de convulsiones: _____

APARATO CARDIO VASCULAR:

Semiología cardiovascular: _____

Disnea: _____ Edema de miembros: _____

Dolor precordial al esfuerzo: _____

APARATO RESPIRATORIO:

Semiología respiratoria: _____

Tos o expectoración frecuente: _____ Hemoptisis: _____

APARATO DIGESTIVO:

Semiología abdominal: _____

Acidez: _____ Náuseas: _____ Vómitos: _____ Cólicos: _____ Diarrea: _____

APARATO URINARIO:

Antecedente de infecciones vías urinarias o síndrome prostático: _____

Antecedente de cólico reno ureteral: _____

Puño Percusión: _____

PIEL Y FANERAS:

Enfermedades de la piel: _____

Formando servidores penitenciarios comprometidos con la seguridad y reinserción social

Presentación de tatuajes: _____

Cicatrices importantes: _____

5. INFORMACIÓN DE USOS Y ABUSOS DE SUSTANCIAS

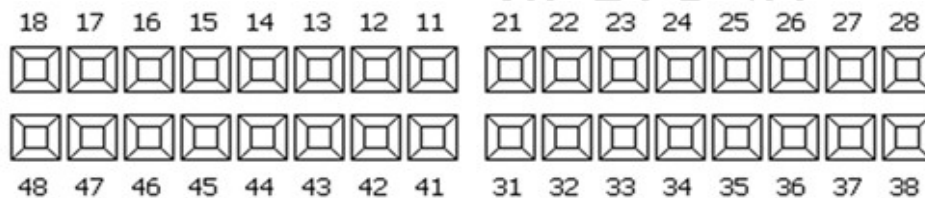
Alcohol: _____ Marihuana: _____ Cocaína: _____ Fármaco: _____

Tabaco (paquetes/año): _____

Otros tipos de estupefacientes: _____

6. EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA

ODONTOGRAMA



REFERENCIAS:

1. DIENTE SANO: Dejar en blanco
2. DIENTE CARIADO: ●
3. OBTURACIÓN: O
4. EXTRACCIÓN INDICADA: /
5. EXTRACCIÓN EFECTUADA: X
6. DIENTE AUSENTE: A
7. ENDODONCIA: ▲

OBS.: _____

7. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Rx de tórax: _____ ECG: _____ Análisis de laboratorios: _____

Tipificación sanguínea: _____

VDRL: _____ VIH: _____ BK: _____

Orina simple: _____ Estudios de heces: _____

8. HÁBITOS FISIOLÓGICOS

Diuresis: _____ Catarsis: _____

9. HÁBITOS ALIMENTARIOS

Consumo de: - Frutas ☐ - Verduras ☐ - Carne ☐

Actividad física: SI ☐ NO ☐

10. GINECOOBSTETRICIA

FUM: _____ N° de Embarazos: _____ N° de hijos vivos: _____

Planificación familiar: _____

PAP: _____

¿Síntomas como secreción vaginal, sangrado anormal?: _____

Semiología mamaria: _____

Mamografía: _____

11. (EVALUACIÓN) DIAGNÓSTICOS:

1. _____
2. _____
3. _____

12. PRESCRIPCIÓN. TRATAMIENTO.

1. _____
2. _____
3. _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____

ACLARACIÓN: _____

REGISTRO PROFESIONAL: _____