

F. ENFERMEDAD ACTUAL	
Descripción	

G. REVISIÓN DE ÓRGANOS Y SISTEMAS		EN CASO DE EXISTIR PATOLOGÍA, MARCAR CON "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERAL	
1. PIEL - ANEXOS	3. RESPIRATORIO	5. DIGESTIVO	7. MÚSCULO ESQUELÉTICO
2. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	4. CARDIO-VASCULAR	6. GENITO - URINARIO	8. ENDOCRINO
9. HEMO LINFÁTICO	10. NERVIOSO		
Descripción			

H. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA								
PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	TEMPERATURA (°C)	FRECUENCIA CARDIACA (Lat/min)	SATURACIÓN DE OXÍGENO (O2%)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (fr/min)	PESO (Kg)	TALLA (cm)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (Kg/m2)	PERÍMETRO ABDOMINAL (cm)

I. EXAMEN FÍSICO REGIONAL											
REGIONES											
1. Piel	a. Cicatrices	3. Oído	a. C. auditivo externo	5. Nariz	a. Tabique	8. Tórax	a. Pulmones	11. Pelvis	a. Pelvis	9. Abdomen	a. Visceras
	b. Tatuajes		b. Pabellón		b. Cornetes		b. Parrilla costal		b. Genitales		b. Pared abdominal
	c. Piel y faneras		c. Tímpanos		c. Mucosas		d. Senos paranasales		a. Vascular		b. Miembros superiores
2. Ojos	a. Párpados	4. Oro faringe	a. Labios	6. Cuello	a. Tiroides / masas	10. Columna	a. Flexibilidad	12. Extremidades	c. Miembros inferiores	13. Neurológico	a. Fuerza
	b. Conjuntivas		b. Lengua		b. Movilidad		b. Desviación		b. Sensibilidad		
	c. Pupilas		c. Faringe		a. Mamas		c. Dolor		c. Marcha		
	d. Córnea		d. Amígdalas		b. Corazón				d. Reflejos		
	e. Motilidad		e. Dentadura								
SI EXISTE EVIDENCIA DE PATOLOGÍA MARCAR CON "X" Y DESCRIBIR EN LA SIGUIENTE SECCIÓN COLOCANDO EL NUMERAL											
Observaciones:											

J. RESULTADOS DE EXAMENES GENERALES Y ESPECIFICOS DE ACUERDO AL RIESGO Y PUESTO DE TRABAJO (IMAGEN, LABORATORIO Y OTROS)		
EXAMEN	FECHA aaaa / mm / dd	RESULTADO
Observaciones:		

K. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
Descripción						
1.						
2.						
3.						

L. APTITUD MÉDICA PARA EL TRABAJO			
APTO	APTO EN OBSERVACIÓN	APTO CON LIMITACIONES	NO APTO
Observación			
Limitación			

M. RECOMENDACIONES Y/O TRATAMIENTO	
Descripción	

CERTIFICO QUE LO ANTERIORMENTE EXPRESADO EN RELACIÓN A MI ESTADO DE SALUD ES VERDAD. SE ME HA INFORMADO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS A TOMAR PARA DISMINUIR O MITIGAR LOS RIESGOS RELACIONADOS CON MI ACTIVIDAD LABORAL.

N. DATOS DEL PROFESIONAL					O. FIRMA DEL USUARIO	
FECHA aaaa-mm-dd	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	CÓDIGO	FIRMA Y SELLO		