



PPR-148.4

HISTORIAL MÉDICO

Nombre: _____ Placa: _____

Edad: _____ Lugar de Trabajo: _____

Propósito del Examen: _____ Fecha: _____

Indique si ha padecido o padece de alguna de las siguientes condiciones:

- () Mareos () Alergias () Artritis
() Dolor en articulaciones () Tumores () Osteoporosis
() Dolor de cabeza severo y frecuente () Enfermedad vascular periférica () Gota
() Asma bronquial () Epilepsia () Intestino irritable
() Pulmonía () Enfermedad de la Vesícula () Varicela
() Bronquitis () Problemas Prostáticos () Sarampión
() Convulsiones () Problemas emocionales o mentales () Polio
() Dificultad Respiratoria () Depresión () Difteria
() Fiebre reumática () Enfermedad de los pies () Paperas
() Dolor de pecho () Fracturas () Anemia
() Palpitaciones () Hemorroides () Transfusión Sangre
() Hipertensión arterial () Diabetes Mellitus () Claustrofobia
() Vértigo () Gastritis () Apendicitis
() Dificultad en audición () Hepatitis () Problema menstrual
() Problemas visuales () Enfermedad de tiroides () Incontinencia urinaria
() Calambres en las extremidades () Parálisis o neuritis () Piedra Riñón

Medicamentos actuales (dosis)

Hospitalizaciones, cirugías o accidentes

Razón: _____ Fecha: _____

Hábitos:

- () Fuma () Café () Alcohol () Drogas
Cuantos al día _____ Tazas al día _____ Tipo _____ Tipo _____
Tiempo fumando _____ Cantidad _____

Sueño:

- () Dificultad al conciliar el sueño () Ronca () Desvelos () Dificultad al levantarse

Revisión de Sistemas:

Table with 2 columns: System Name, Status. Rows include Neuroológico, GU, GI, Cerebrovascular, Dermatológico, Cardiovascular, Musculoesqueletal, Hematológico, Periferovascular.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Negociado de la Policía de Puerto Rico



PPR-148.4 (a)

HISTORIAL MÉDICO

Estatura: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

BP Desc.: _____

Pulso: _____

Respiración: _____

BP Post Ejercicio: _____

Visión:

Con espejuelos

Derecho _____

Izquierdo _____

Derecho _____

Izquierdo _____

Apreciación de colores: Si (___)

No (___)

Audiométrico: Derecho _____

Izquierdo _____

Apariencia General:

EXAMEN FISICO	NORMAL	ANORMAL	NOTAS
Cabeza			
Ojos			
Oídos			
Nariz			
Garganta			
Cuello			
Toroide			
Nódulos linfáticos			
Venas/carótida			
Tórax			
Pulmones			
Corazón			
Abdomen			
Genitalia			
Rectal			
Espalda			
Extremidades			
Cianosis			
Edema			
Pulsos periferales			
Neurológico			

Laboratorios:

CBC _____

SMA/20 _____

U/A _____

CRX _____

EKG _____

Espirometría _____

Otros _____

Hallazgos y Recomendaciones:

Firma del Médico

Lic. Núm.: _____

Fecha de Examen