



ANEXO IV

EXAMEN FÍSICO

Fecha:...../...../.....

FICHA DE DATOS PERSONALES

(Para ser completado por profesionales médicos)

Apellido:.....

Nombre:.....

D.N.I.:.....NI:.....EDAD.....

- ¿Está realizando algún tratamiento médico? SI - NO

Especificar:

.....
.....

- ¿Debe tomar medicamentos? SI - NO

Especificar:

.....
.....

- ¿Es alérgico a algún medicamento? SI - NO

Especificar:.....

.....

- ¿Ha realizado actividad física últimamente? SI - NO

Especificar:

.....
.....

- ¿Presenta algún dolor óseo o muscular? SI - NO

Especificar:.....



ANEXO IV

.....
• ¿Presenta problemas cardio-respiratorios crónicos? SI - NO

Especificar:.....
.....

• ¿Ha sido intervención quirúrgica en el último año? SI - NO

Especificar: (tipo de cirugía, fecha de la misma, y fecha de alta).....
.....

• Fecha de último parto o cesárea.....

OBSERVACIONES:.....
.....

ANTECEDENTES PERSONALES ACTUALES (Tachar lo que no corresponde con X)

- SI NO TABAQUISMO
- SI NO DIABETES (CONTROLADA NO CONTROLADA) SI
- NO HIPERTENSIÓN ARTERIAL
- SI NO ARRITMIA
- SI NO ANEMIA (LEVE MODERADA SEVERA) SI
- NO ANSIEDAD
- SI NO DEPRESIÓN
- SI NO ASMA
- SI NO HERNIAS (Especificar: tipo de hernia, ubicación, ¿Operado?, ¿En qué año?,
Fecha de alta).....
- OTRAS:.....



ANEXO IV

HA PADECIDO O PADECE FRECUENTEMENTE (Tachar lo que no corresponde con X)

SI	NO	CONVULSIONES
SI	NO	CEFALEAS
SI	NO	ALTERACIONES EMOCIONALES
SI	NO	MAREOS O VÉRTIGOS
SI	NO	DESMAYOS
SI	NO	TOS O RESPIRACIÓN FORZADA
SI	NO	DOLOR DE TORAX
SI	NO	EXPECTORACIÓN CON SANGRE
SI	NO	DOLOR DE ABDOMINAL
SI	NO	HEMATEMESIS
SI	NO	DIARREA
SI	NO	HECES CON SANGRE
SI	NO	DISURIA - POLAQUIURIA
SI	NO	DOLORES ARTICULARES

OTROS:.....

OBSERVACIONES:.....

.....

.....
Firma del Paciente

.....
Sello y firma Médico



ANEXO IV

EXAMEN CARDIOVASCULAR:

(Sólo Escalafón General y Técnico Bombero) (Para ser completado por especialista en cardiología)

Fecha:...../...../.....

Apellido:.....

Nombre:.....

D.N.I.:.....Ni:.....EDAD.....PESO.....TALLA.....IMC.....

TABACO: SI NO DISLIPEMIA: SI NO SEDENTARISMO: SI NO

ANTECEDENTE FAMILIAR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR O MUERTE SÚBITA: SI NO

EXAMEN FISICO CARDIOVASCULAR:

Tensión arterialFrecuencia cardíaca

Auscultación cardíaca

Auscultación pulmonar

Otros :.....

SE OTORGA APTITUD CARDIOVASCULAR PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DE TIPO:

A- COMPETITIVA

B- RECREATIVA

C- NO APTO

.....
Firma del Paciente

.....
Sello y firma Médico Esp. Cardiología