



EXAMEN MÉDICO

(Cumplimentado por el Médico Examinador)

Nombre: _____

Sexo: Masculino Femenino Otro

Edad Peso Estatura Presión /

Agudeza Visual	Derecho	Izquierdo	Audición	Derecho	Izquierdo	Pulso
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Evaluación clínica por sistema	Marque según evaluación			Comentarios
	Normal	No evaluado		
Piel	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no evaluado	
Oídos, nariz, garganta	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no evaluado	
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no evaluado	
Respiratorio	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no evaluado	
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no evaluado	
Urogenital	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no evaluado	
Músculo-esquelético	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no evaluado	
Neurológico	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> no evaluado	

Serología (VDRL)	Fecha	Resultado	Placa de Pecho y/o Tuberculina	Fecha	Resultado
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Resumen de hallazgos en historial examen físico y laboratorios requeridos	
¿Tiene un problema de salud significativo o incapacitante?	si no (Comente su contestación afirmativa)
¿Está en tratamiento por alguna condición de salud física o mental?	si no (Comente su contestación afirmativa)
¿Existe alguna contraindicación para la participación en actividades que requieran esfuerzo físico?	si no (Comente su contestación afirmativa)
¿Existe alguna recomendación especial para el manejo de los problemas de salud del empleado en su estadía en la Universidad de Puerto Rico?	si no (Comente su contestación afirmativa)

Nombre del médico

Número de licencia

Fecha

