



## EXAMEN MÉDICO GENERAL

### ANTECEDENTES PERSONALES

Fecha Examen: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Rut o Pasaporte \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### ANAMNESIS: ANTECEDENTES MÉDICOS

Patologías Crónicas o Agudas: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Cirugías: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Tabaquismo: \_\_\_\_\_

Alcohol: \_\_\_\_\_

### EXAMEN FÍSICO

FC:

PA:

Estatura:

Peso:

HALLAZGOS AL EXAMEN FÍSICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

USO DE LENTES CORRECTORES

Si:

No:

Cerca:

Lejos:

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Sano: \_\_\_\_\_

2. Patologías: \_\_\_\_\_

EXAMENES RELEVANTES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### IDENTIFICACIÓN MÉDICO RESPONSABLE:

Nombre: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Firma y Timbre: