



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: