



SECRETO MÉDICO

EXAMEN PREINGRESO

Nombre y Apellido.....Edad.....

D.N.I. Nº:..... Fecha de Nacimiento:..... / / Estado Civil:.....

Hijos:.....Ocupación:.....

REGISTRO DE PREINGRESO

ANTECEDENTES

¿Tuvo que abandonar algún empleo por razones de salud?	Si	No	Motivo:
¿Recibió o tiene pendiente una indemnización por accidente o enfermedad profesional?	Si	No	Motivo:
¿Le ha sido negado alguna vez un Seguro de Vida?	Si	No	Motivo:

HABITOS

¿Fuma Ud.?	Si	No	¿Cuántos por día?
¿Toma bebidas alcohólicas?	Si	No	¿Cuáles? - ¿Cuántos por día?
¿Tiene sueño tranquilo?	Si	No	¿Cuántas horas duerme?
¿Mantiene alguna dieta?	Si	No	¿Cuál?
¿Practica deportes?	Si	No	¿Cuáles?
¿Tiene otras aficiones o pasatiempos?	Si	No	¿Cuáles?

HISTORIA FAMILIAR: ¿Tiene o han tenido parientes algunas de estas enfermedades que se enumeran a continuación? (Si) (No)

HISTORIA PERSONAL: ¿Tiene o ha tenido algunas de estas enfermedades que se enumeran a continuación? (Si) (No)

	Enfermedad											Fallecidos		
	Artritis o Reumatismo	Asma Bronquial	Cáncer	Diabetes	Afecciones Cardíacas	Hipertensión	Enfermedad Renal	...	Úlceras de estómago o duodeno	Tuberculosis	Enfermedades Mentales	Vivos	Causa	Edad
Padre														
Madre														
Hermanos														
Hermanas														
Hijos														
Personal														

Firma del Titular:

		Si	No		Si	No
1	¿Tomó o toma medicamentos a menudo?			29	¿Vivió con alguna persona con tuberculosis?	
2	¿Perdió peso recientemente?			30	¿Varices o flebitis?	
3	¿Necesita anteojos para ver de cerca?			31	¿Dolores de huesos o articulaciones?	
4	¿Necesita anteojos para ver de lejos?			32	¿Articulaciones hinchadas?	
5	¿Se resfría a menudo?			33	¿Fracturas o luxaciones?	
6	¿Alguna vez tuvo sinusitis?			34	¿Dolores de cabeza frecuentes?	
7	¿Dificultad o disminución auditiva?			35	¿Hormigueos y/o falta de sensibilidad?	
8	¿Infección en los oídos?			36	¿Convulsiones o epilepsia?	
9	¿Es portador de alguna enfermedad virósica?			37	¿Épocas de nerviosismo excesivo?	
10	¿Porta alguna enfermedad infecciosa?			38	¿Pérdida de memoria?	
11	¿Palpitaciones?			39	¿Épocas que sufre miedos?	
12	¿Alguna enfermedad cardíaca?			40	¿Épocas que sufre insomnio?	
13	¿Presión arterial alta?			41	¿Épocas de depresión?	
14	¿Alergia a medicamentos?			42	¿Tratamiento Psiquiátrico/Psicológico?	
15	¿Alergia en la piel?			43	¿Le han diagnosticado hernia?	
16	¿Alergia en los ojos?			44	¿Enfermedades en la sangre?	
17	¿Alergia en los bronquios?			45	¿Sufre diabetes (Azúcar en la sangre)?	
18	¿Urticarias?			46	¿Bocio (enfermedades de tiroides)?	
19	¿Acidez y/o ardor en el estómago?			47	¿Algún accidente serio?	
20	¿Vómitos frecuentes?			48	¿Fiebre reumática?	
21	¿Diarreas frecuentes?			49	¿Amigdalitis?	
22	¿Evacua su intestino diariamente?			50	¿Orino alguna vez sangre?	
23	¿Hemorroides?			51	¿Nota dolor o ardor al orinar?	
24	¿Parásitos intestinales?			52	¿Enfermedades venéreas?	
25	¿Tose a menudo?			53	¿Asma?	
26	¿Ha escupido sangre al toser?			54	¿Usa lentes de contacto?	
27	¿Ha sentido falta de aire?			55	¿Ha sido inhabilitado judicialmente?	
28	¿Enfermedad pulmonar crónica?			56	¿Cuántas veces? Causas	

Otras enfermedades:

Medicación Actual:

OPERACIONES

Ha sido operado de	Si	No	Año	Otras operaciones:	Año
Amígdalas					
Apendicitis					
Hernia					
Hemorroides					

Médico Nombre:

Domicilio:

Tel:

Declaro que la información suministrada es completa y verídica. Falta de cooperación es suficiente para suspender el examen.

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

Declaración Jurada: Declaro que la información suministrada es completa y verídica pudiendo la Entidad, en caso de falsedad de los consignados, adoptar las medidas que considere necesarias por violación al principio de buena fe.

Nota: El presente y los antecedentes de salud revisten el carácter de declaración jurada conforme a las leyes vigentes.

Firma del Titular: