**CONSEJO PROFESIONAL DE CIENCIAS ECONÓMICAS DE ENTRE RÍOS**

**SISTEMA DE PREVISION SOCIAL - LEY Nº 7896**

* Lugar y fecha:
* Historia clínica Nº: Expte. Nº:
* Apellido: Nombres:
* DNI:
* Estado Civil: Nacionalidad:
* Nacido en: el:
* Domicilio actual:
* Domicilio habitual:

Diagnóstico:

Clasificación:

* Profesión:
* Última ocupación:
* Fecha del cese:
* Características detalladas del ambiente y de las tareas que realiza o últimas que realizó:
* Años de trabajo:
1. **ANTECEDENTES HEREDITARIOS:**
2. **ANTECEDENTES PERSONALES:**
3. Enfermedades anteriores:
4. Operaciones y traumatismos:
5. Antecedentes generales:
6. Peso actual: Peso habitual:
7. Si es mujer:
8. **Menarca**

 Años: tipo:

Características:

Número de hijos: vivos: abortos:

1. **Menopausia**:

 Años: Trastornos:

1. Otros antecedentes:

**AFECCIÓN DE SALUD ACTUAL**

Declaro que mis respuestas son verdaderas y completas. Autorizo a los profesionales de la salud designados por el Sistema de Previsión Social del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Entre Ríos a requerir cualquier informe sobre mi verdadero estado de salud.

Acompaño informe del **Dr:**

domiciliado en de la localidad de , Matrícula Nº ,del Colegio Médico , quien me ha asistido personalmente, dando mi conformidad para la incorporación al expediente de la información contenida en el mismo.

**……………………………….**

**FIRMA DEL AFILIADO**

**INFORME DEL MÉDICO CERTIFICANTE**

**DATOS PERSONALES DE LA PERSONA EXAMINADA**

* **Apellido:**
* **Nombres:**
* **DNI:**

**ESTADO ACTUAL**

**EXAMEN SOMATICO GENERAL**

**NORMOLINEO - BREVILINEO**

Fecha:

Tipo constitucional: (tachar lo que no corresponda)

LONGILINEO ASTENICO – ESTENICO

Peso: Talla: Temperatura Auxiliar:

Aspecto general:

Piel y Faneras:

Tejido celular subcutáneo:

Sistema Ganglionar:

**CABEZA**

Cráneo:

Cara:

Visión:

Pupilas:

Reflejo a la luz: a la acomodación:

concensuales

Fosas Nasales:

Audición:

**Boca:**

Mucosas:

Piezas dentarias:

Fauces:

**CUELLO**

Inspección:

Palpación:

**TORAX**

Descripción:

Glándulas mamarias:

**APARATO RESPIRATORIO**

Síntomas:

Inspección:

Palpación:

Percusión:

Auscultación:

**APARATO CIRCULATORIO**

Síntomas:

**CORAZÓN**

Inspección:

Palpación:

Auscultación:

**SISTEMA VASCULAR PERIFERICO**

**ARTERIAS**

Pedías:

Pulso

Frecuencia:
Caracteres:

X:

Mn:

Presión arterial:

D.:

Mx:

Mn:

**VENAS**

Hay várices: SI – NO

Descripción de las mismas:

**APARATO DIGESTIVO**

Síntomas:

**ESÓFAGO**

Disfagia: SI – NO

Tipo:

**ABDOMEN**

Inspección:

Palpación:

Percusión:

HIGADO:

BAZO:

HERNIAS: SI – NO

Descripción:

**APARATO URINARIO Y GENITAL**

Síntomas:

Examen físico:

**SISTEMA NERVIOSO**

Síntomas:

**MOTILIDAD**

Activa:

Pasiva:

Fuerza:

Tono muscular:

Marcha:

**SENSIBILIDAD**

Superficial:

Profunda:

**REFLEJOS**

Osteo – tendinosis:

Cutáneo – mucosas:

**PARES CRANEANOS**

**LENGUAJE**

**PSIQUISMO**

**SISTEMA OSTEO – ARTICULAR**

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

**PEDIDOS:**

**DIAGNÓSTICO:**

**DICTAMEN:**

……………………….. ………………………..

 Lugar y fecha Firma del médico/a

………………………..

Firma de conformidad del afiliado/a sobre examen practicado y para la incorporación al expediente