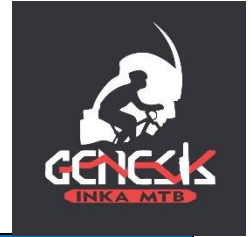


Anexo 2: Formato "Ficha de Salud Integral"



## FICHA DE SALUD INTEGRAL

**I. DATOS GENERALES:** *(Lea cuidadosamente y llene los datos que se solicitan)*

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	GRADO CBP

NACIONALIDAD	DNI / PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	PROCESO CGBVP
				M    F	

**II. EXAMEN MÉDICO**

**HABITOS (tipo, Cantidad y Frecuencia)**

TABACO	LICOR	DROGAS	OTROS:
			DEPORTES:    NO ( )    SI ( )    ¿Cuál? FRECUENCIA:    (Diario)    (Interdiario)    (Semanal)    (Quincenal)    (Mensual)

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS** *(Especificar fecha, diagnóstico y tratamiento)*

TBC		Hemorroides		Cardiopatías		Accidentes y secuelas	
Asma		Convulsiones		Dislipidemias		Correctores visuales	
Alergia		Amputaciones		Hepatitis		Cirugías	
HTA		Transfusiones		Diabetes		Hospitalizaciones	
Anemia		Hernias/ Varices		Enf. Tiroideas		Problemas sanguíneos	

OTROS: \_\_\_\_\_

FECHA	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO

PESO	TALLA	IMC	FC	FR	PA
Kg.	mts.	Kg. / m2	x'	x'	/ mmHg

**EXAMEN ANTROPOMÉTRICO**

Estado general

\_\_\_\_\_

Exploración Regional (*marque X si es anormal y ampliar*)

Cabeza ( ) Cardiovascular ( ) Urogenital ( ) Piel y faneras ( ) Cuello ( ) Pulmonar ( ) Neurológico ( ) Otros ( ) Tórax y mamas ( )

Abdomen ( ) Osteoarticular ( )

OTROS: \_\_\_\_\_

**ASPIROMETRÍA:**

**Comentarios:**

EKG: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

INFORME DE EVALUACIÓN MÉDICA		Fecha

MEDICO EVALUADOR	CMP	FIRMA