

LLAMADO EXTERNO :
PARA DESEMPEÑAR FUNCIONES EN :

FICHA MEDICA

Nombre y Apellido: _____

Fecha ____/____/____

Edad: _____

Cédula Identidad: _____

1) Sufre usted de:	disminución de audición	si	no
	infecciones de oído		
	problemas en la vista		
	dificultad para mantenerse atento en vía pública		
	enfermedades que le impidan agacharse o caminar realizando un recorrido diario de más de 30 cuadras		
	enfermedad de columna, piernas, rodillas o pies		
	várices de miembros inferiores		
	hernias abdominales		
	enfermedades respiratorias: asma, bronquitis, etc		
	enfermedades del corazón		
	presión alta/baja		
	enfermedades en piel que no le permita exponerse al sol		
	enfermedades que no le permita trabajar en la intemperie		

2) Actualmente está en tratamiento por:		si	no	
	diabetes			
	presión alta/baja			especificar
	otros?			

3) Toma alguna medicación ¿cuál?

4) Visita regularmente		si	no
	Médico/a		
	Psicólogo/a		
	Psiquiatra		

5) Ha estado internado/a por		si	no	especificar
	cirugías			
	otras enfermedades			
	problemas con alcohol			
	problemas con drogas			

6) Ha recibido tratamiento para el abandono de:		si	no
	tabaco		
	alcohol		
	marihuana		
	pasta base		
	otros?		

Firma

* Nota: esta información es confidencial