LLAMADO EXTERNO :

PARA DESEMPEÑAR FUNCIONES EN :

FICHA MEDICA

Nombre y Apellido: _____ Fecha ____/____/____

Edad: _____

Cédula Identidad: _____

1) Sufre usted de:

	si	no
disminución de audición		
infecciones de oido		
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		
Odontólogo/a		

5) Ha estado internado/a por

	si	no	especificar
cirugías			
otras enfermedades			
problemas con alcohol			
problemas con drogas			
problemas psicoemocionales			

6) Ha recibido tratamiento para el abandono de:

	si	no
tabaco		
alcohol		
marihuana		
pasta base		
cocaína		
otros?		

_____

Firma

* Nota: esta información es confidencial