

Apéndice 2

Informe médico

Nombre del candidato: _____

Fecha del examen médico: _____

Médico examinador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

A CONTINUACIÓN DETALLE POR FAVOR LOS RESULTADOS DEL EXAMEN

Altura: _____ Peso: _____ Presión sanguínea: _____ Pulsaciones: _____

Régimen alimenticio: _____

Piel: _____

Ojos: _____

Oídos: _____

Nariz y garganta: _____

Dientes y encías: _____

Glándulas: _____

Corazón: _____

Pulmones: _____

Abdomen: _____

Genitales: _____

Recto: _____

Sistema neuro-muscular: _____

Esqueleto (postura): _____

Visión: D20/____ I20/____ ¿Lleva lentes correctivas? Yes: No:

INFORMACIÓN DE LABORATORIO REQUERIDA

Análisis de sangre [CBC]: _____

Análisis de orina: _____

Albúmina: _____

Azúcar: _____

Test de tuberculina (si no se hizo en el año anterior): _____

Análisis de sangre [SMA-12]: _____

Electrolitos: _____

Examen de VIH: _____

Examen de sífilis: _____

¿Está el candidato bajo tratamiento? Yes: No:

En caso afirmativo, dar detalles: _____

¿Necesita este candidato restricciones en el ejercicio físico? Yes: No:

En caso afirmativo, dar detalles: _____

Señale por favor cualquier otra información importante relativa a la salud corporal de este candidato:

Fecha: _____ **Firma:** _____