
HOJA DE REFERIDO - EXAMEN MÉDICO

(Favor de escribir en letra de molde o en maquinilla)

Fecha: ____/____/____
 Día Mes Año

Nombre: _____ Edad: ____ Fecha Nacimiento: _____
Sexo: M F (Circula uno) Altura: ____ pulgs ____ cm Peso: ____ lb ____ kg
Dirección: _____
Teléfono: Residencial: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

I. CONTRAINDICACIONES

A. Favor de cotejar las siguientes enfermedades que conciernen a éste participante

CONTRAINDICACIONES:

- ___ 1. Cardiopatía corinaria
- ___ 2. Severa hipertensión (> 105 mm Hg diastólica)
- ___ 3. Arritmias peligrosas
- ___ 4. Grave enfermedad valvular
- ___ 5. Significante anomalía en el EKG
- ___ 6. Dolor de pecho (de tipo anginal)
- ___ 7. Síncope
- ___ 8. Severas anomalías médicas o musculoesqueletales
- ___ 9. Enfermedades infecciosas agudas
- ___ 10. Cardiopatía isquémica sospechada
- ___ 11. Infarto agudo del miocardio
- ___ 12. Intervención quirúrgica

CONDICIONES QUE REQUIEREN CONSIDERACIÓN ESPECIAL Y/O PRECAUCIONES:*

- ___ 1. Hipertensión moderada (< 105 mm Hg diastólica)
- ___ 2. Hipercolesterolemia
- ___ 3. Historial familiar de cardiopatía prematura
- ___ 4. Marcada obesidad
- ___ 5. Dudoso EKG

- ___6. Anormalidades en los niveles de triglicéridos
- ___7. Diabetes descompensada
- ___8. Tabaquismo
- ___9. Anemia severa
- ___10. Insuficiencia renal, hepática y cualquier otra insuficiencia metabólica
- ___11. Arritmias controladas

*Se recomienda una certificación médica adicional si una o más de las dolencias que requieren consideración especial están presente

II. HISTORIAL MÉDICO

A. Indique si ha padecido de lo siguiente:

	Si	No		Si	No
Dolor en articulaciones	()	()	Presión arterial alta o baja	()	()
Dolor de cabeza severo	()	()	Calambres en las piernas	()	()
Dolor en el cuello	()	()	Venas varicosas	()	()
Mareos	()	()	Indigestión crónica	()	()
Enfermedades en los ojos	()	()	estómago, hígado o intestinos	()	()
Enfermedades en los oídos, sordera	()	()	Enfermedad de la vesícula biliar	()	()
Catarros frecuentes y severos	()	()	Ictericia (piel y ojos amarillos)	()	()
Sinusitis	()	()	Tumores, quistes o cáncer	()	()
Alergias nasales	()	()	Hernia	()	()
Asma	()	()	Apendicitis	()	()
Tuberculosis	()	()	Hemorroides	()	()
Enfermedad de la tiroides	()	()	Ardor o dificultad al orinar	()	()
Ataques de falta de respiración	()	()	Piedras del riñón	()	()
Enfermedad del corazón	()	()	Enfermedades venéreas	()	()
Sangre en la orina	()	()	Enfermedades de los pies	()	()
Azúcar o albúmina en la orina	()	()	Epilepsia	()	()
Sífilis	()	()	Preocupación excesiva	()	()
Enfermedades de los huesos o deformidades	()	()	Alguna enfermedad de los nervios	()	()
Parálisis o neuritis	()	()	Ataques de nervios o pérdida de conocimiento	()	()
Períodos de depresión	()	()			
Amnesia	()	()			

Especifique en el siguiente espacio otras enfermedades que haya padecido y operaciones sufridas:

Pulso: Regular () Irregular () Presión Arterial: Sistólica: _____ mm Hg Diastólica: _____ mm Hg

B. Medicamentos

Inderal: _____ Digitales: _____ Diuréticos: _____

Antiarrítmicos: _____ Otros: _____

C. Indique Cualquier Dieta que el Participante Lleva: _____

- D. Fecha de la Última Examen Física: _____
- E. Especifique en el Siguiete Espacio las Operaciones Sufridas y Hospitalizaciones

	1	2	3
Tipo de Operación o Enfermedad			
Mes y Año de Hospitalización			
Nombre del Hospital			
Pueblo y País			

F. Consumo de Alcohol: _____

G. Información Concerniente a Parientes de Sangre Directos:

Pariente	Año de Nacimiento	Enfermedad Principal	Si Murió, Edad al Morir y Causa	
			EDAD	CAUSA
PADRE				
MADRE				
HERMANOS				
HERMANAS				

III. DATOS DE LABORATORIO (Opcionales, de acuerdo al criterio Médico, luego de la Evaluación Médica General)

- A. EKG de 12 Derivaciones (Si está adjunto, debe estar interpretado)
- B. Placa de Pecho
- C. Electroencefalograma
- D. Hemograma
- E. Examen Dental
- F. Conteo Completo de Sangre:
Hbg: _____ Hct: _____ WBC: _____ Diff: _____
- G. Prueba de Tolerancia de Glucosa
- H. Grasas Séricas:
Colesterol: _____ mg% Triglicéridos: _____ mg%
- I. Urianálisis

Yo como Médico certifico que he examinado el solicitante y autorizo su participación en un programa de ejercicios: Fuertes () Moderados () Livianos ()

Yo ____ RECOMIENDO/ ____ NO RECOMIENDO a mi paciente una Prueba de Esfuerzo Máxima supervisada por un Médico.

Limitaciones al Ejercicio: _____

PARA USO DEL MÉDICO EXAMINADOR

Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

Nombre en letra de molde _____

Teléfono: _____

Firma del Médico _____ M. D.

Núm. De Lic.: _____

Fecha Examen: _____

Dirección: _____
