

## 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 coronaria
- \_\_\_ 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_