

HISTORIAL PRE INGRESO PADSA

FECHA_____

TIPO DE SANGRE ()

NOMBRE_____EDAD _____

PESO_____TALLA_____Estatura_____GLICEMIA _____

NO. IMSS_____CLINICA_____EDO. CIVIL_____

FECHA DE NAC. _____LUGAR DE NAC. _____

DIRECCIÓN _____
CalleNumeroColoniaMunicipio

TELEFONO_____RECADOS _____

ESCOLARIDAD_____

CONTACTO EN CASO DE ACCIDENTE _____

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

DIRECCIÓN _____

ALGUNO DE SUS FAMILIARES PADECE Ó Á PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD COMO:

ENFERMEDAD	SI	NO	PARENTESCO
DIABETES			
ALTA PRESION			
NEUMONÍA			
TUBERCULOSIS			
ASMA BRONQUIAL			
HEPATITIS			
CANCER			
ALERGIA			
OTRAS			

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

NOMBRE _____ FECHA _____

ENFERMEDAD	SI	NO	FECHA
DIABETES			
ALTA PRESION			
NEUMONÍA			
TUBERCULOSIS			
ASMA BRONQUIAL			
HEPATITIS			
CANCER			
ALERGICO ALIMENTOS			
ALÉRGICAS Mx.			
FRACTURAS			
HERNIAS			
CIRUGÍAS			
LUMBALGIAS			
DIF. PARA CAMINAR			
DIF. PARA HABLAR			
USA LENTES			

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

SI / NO

Consumo de Tabaco () Frecuencia _____

Consumo de Alcohol () Frecuencia _____

Consumo de Drogas () Frecuencia _____

Tatuajes () Donde _____

ANTECEDENTES LABORALES

En sus empleos anteriores a estado expuesto a:

RUIDO () Tiempo _____

CALOR () Tiempo _____

VAPORES () Tiempo _____

POLVOS () Tiempo _____

Ha estado incapacitado _____ ¿por qué? _____ ¿Cuanto tiempo? _____

HIJOS:

OBSERVACIONES DE EXAMENES MEDICOS:

HAGO CONSTAR QUE MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS.

NOMBRE Y FIRMA

A llenar por el departamento de RRHH

OBSERVACIONES:

APTO _____

NO APTO _____

REALIZÓ: