



Instituto de Seguridad Social y Seguros

EXAMEN
PRIMARIO
ESPECIAL
REHABILITACION
SUPERIOR

MOTIVO
PENSION
JUBILACION

Lugar y Fecha.....

Historia Clínica N°.....

Apellido.....Nombres.....

Identidad.....Nacionalidad.....

Estado civil.....Nació

en.....

el.....de.....de.....(.....años). -

Domicilio actual.....

Domicilio habitual.....

<p>Diagnostico:.....</p> <p>.....</p> <p>Calificación:.....</p> <p>.....</p>
--

Profesión:.....Ocupación actual o última:.....

.....Entidad donde

trabaja:.....

Fecha del cese:.....

Características detalladas del ambiente y de las tareas que realiza o últimas que realizó:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Años de trabajo:.....El pedido de JUBILACION tiene relación

con la ley N°Número de Expediente.....

a) ANTECEDENTES

HEREDITARIOS.....

.....
.....
.....
.....
.....

b) ANTECEDENTES PERSONALES:

1°) Enfermedades Anteriores:.....

.....
.....
.....
.....

2°) Operaciones y Traumatismos:.....

.....
.....
.....
.....

3°) Antecedentes Generales:.....

.....
.....
.....
.....

4°) Peso actual.....Peso habitual.....

5°) Si es mujer

a) Menarca.....años – Tipo.....Características.....

b) Número de hijos.....vivos.....abortos.....

c) Menopausia.....años – Trastornos.....

.....

6°) Otros antecedentes.....

.....
.....
ESTADO ACTUAL

EXAMEN SOMATICO GENERAL

Tipo constitucional **NORMOLINEO - BREVILINEO**
Fecha.....(tachar lo que no corresponda) **LONGILINEO**
ASTENICO – ESTENICO
Peso.....Talla.....Temperatura

axilar.....

Aspecto general.....
.....
.....

Piel y faneras.....
.....
.....

Tejido celular
subcutáneo.....
.....
.....

Sistema ganglionar.....
.....

CABEZA

Cráneo.....

Cara.....
.....

VISION.....

Pupilas.....

Reflejos a la luz.....a la acomodación.....
.....consensuales.....

FOSAS

NASALES.....Audición.....

BOCA: mucosas.....Lengua.....

.....Piezas dentales.....

.....Fauces.....

CUELLO

Inspección.....
.....
.....
Palpación.....
.....
.....



Instituto de Seguridad Social y Seguros

TORAX

Descripción.....
.....
.....
.....
.....
Glándulas mamarias.....
.....
.....

APARATO RESPIRATORIO

Síntomas.....
.....
.....
.....
Inspección.....
.....
.....
.....
Palpación.....
.....
.....
.....
Percusión.....
.....
.....
Auscultación.....
.....
.....
.....

APARATO CIRCULATORIO

Síntomas.....
.....

CORAZON

Inspección.....
Palpitación.....
Auscultación.....
.....

SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO

Arterias.....
.....
Pedias.....
Pulso: frecuencia..... caracteres.....
.....
Presión arterial: D.:Mx.....Mn.....x.....Mn.....
Venas: ¿Hay várices? SI – NO, descripción de las mismas.....
.....
.....

APARATO DIGESTIVO

Síntomas.....
.....
.....
.....

ESOFAGO

Disfagía: SI – NO, tipo.....
.....

ABDOMEN

Inspección.....
.....
Palpación.....
.....
Percusión.....
.....
Hígado.....
.....
.....

Bazo.....
.....
.....
Hernias: SI – NO, su descripción.....
.....



Instituto de Seguridad Social y Seguros

APARATO URINARIO GENITAL

Síntomas.....
.....
.....
Examen físico.....
.....

SISTEMA NERVIOSO

Síntomas.....
.....
.....

MOTILIDAD

Activa.....
.....
Pasiva.....
.....
Fuerza.....
.....
Tono muscular.....
.....
Marcha.....
.....

SENSIBILIDAD

Superficial.....
.....
Profunda.....
.....

REFLEJOS

Osteo-tendinosos.....

.....

Cutaneo-mucosa.....

.....

PARES CRANEANOS

.....

.....

.....

LEGUAJE

.....

.....

.....

.....

PSIQUISMO

.....

.....

SISTEMA OSTEO-ARTICULAR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Pedidos:

.....

Diagnóstico:

.....

DICTAMEN:

.....

.....

Fecha:.....

Firma:

.....

**CONCLUSIONES PARA EL INSTITUTO
DE SEGURIDAD SOCIAL Y SEGUROS**

