



SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL

SECCIÓN XXVI TABASCO

Los datos que se manejan en esta Secretaría están protegidos bajo la Ley Federal de Protección de Datos Personales.

EXAMEN MÉDICO

FECHA: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: F M

PADECIMIENTOS MÉDICOS: _____ TIPO DE SANGRE: _____ ALERGIA A MEDICAMENTOS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES: _____

HIPERACTIVIDAD: SI NO (ANOTAR SOLO DATOS PATOLÓGICOS)

TRAUMAS: _____ OPERACIONES: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____ MUSCULO ESQUELETO: _____

PIEL Y ANEXOS: _____ CARDIOVASCULARES: _____

OJOS: _____ UROGENITAL: _____

OÍDO, NARIZ, GARGANTA: _____ NERVIOSO: _____

APARATO RESPIRATORIO: _____ MALFORMACIONES: _____

OTROS: SOMATOMETRÍA

ESTATURA: _____ PESO ACTUAL: _____

OBSERVACIONES: _____

RELLENAR POR EL MÉDICO

MÉDICO RESPONSABLE

NOMBRE: _____

FIRMA

CÉDULA PROFESIONAL