



(Debe llenarse según Decreto 1796 del 2000 Artículo 4° Exámenes de Capacidad Psicofísica)

Léase la nota final del reverso antes de diligenciar

1- Apellidos y Nombres			2- Grado			3- Cédula o T. I.		
4- Dirección y teléfono de residencia habitual			5- Motivo del Examen			6- Fecha del Exámen		
7- Sexo	8- Raza	9- Nombre de los Padres y residencia habitual				10 Lugar de Nacimiento		
11 Fecha de Nacimiento			13 Unidad o repartición donde se hace el examen			12 Total años de servicio		
Día	Mes	Año				Militar	Civil	
14 Cargo a que aspira					15 Como juzga el examinado su salud?			

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	ESTADO SALUD	SI MUERTO, LA CAUSA	EDAD EN QUE MURIO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE	SI	NO	PARENTESCO
Padre					Tuberculosis			
Madre					Sífilis			
Esposa					Diabetes			
Hermanos					Cáncer			
					Enfermedades del Riñón			
					Enfermedades del Corazón			
					Enfermedades del Estómago			
Hijos					Reumatismo			
					Alergias			
					Epilepsia			
					Suicidios			
					Enfermedades mentales (locos)			

HISTORIA MEDICO PERSONAL

HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO
Difteria (Fiebre y Diarrea)	SI	NO	Perturbaciones de la nariz	SI	NO	Cojeras	SI	NO
Asma	SI	NO	Resfriados frecuentes	SI	NO	Mareos de carro, tren, avión, mar	SI	NO
Tos ferina	SI	NO	Ictericia (Coloración amarilla)	SI	NO	Pérdida de la memoria	SI	NO
Perturbaciones del oído	SI	NO	Cáncer	SI	NO	Toma alcohol. Cuanto? :	SI	NO
Perturbaciones de las vías digestivas	SI	NO	Sangre en la orina	SI	NO	Es tartamudo	SI	NO
Coto	SI	NO	Deformidad huesos, articulaciones u otros	SI	NO	Ha sido sonámbulo	SI	NO
Cólicos	SI	NO	Epilepsia o ataques	SI	NO	MUJERES	SI	NO
Apendicitis	SI	NO	Depresión o angustia	SI	NO	Edad de la menarquía (primera menstruación)	SI	NO
Hemorroides o enfermedad del recto	SI	NO	Enuresis (orina) nocturna	SI	NO	Tratamiento por desorden propio del sexo	SI	NO
Micciones (orinas) frecuentes o dolorosas	SI	NO	Usa aparatos para oír	SI	NO	Ha estado embarazada	SI	NO
Enfermedades venéreas	SI	NO	Ha intentado suicidio	SI	NO	Tiene menstruaciones dolorosas	SI	NO
Parálisis	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO	Ciclo actual (Cada cuantos días)		
Frecuente sueño intranquilo	SI	NO	Palpitaciones	SI	NO	Ha tenido flujos vaginales	SI	NO
Es adicto a narcóticos (estupefacientes)	SI	NO	Perturbaciones de la vista	SI	NO	Menstruaciones irregulares	SI	NO
Usa aparato ortopédico	SI	NO	Perturbaciones de la garganta	SI	NO	Fecha última menstruación		
Sangrado excesivo dental. o por heridas	SI	NO	Bronquitis crónica	SI	NO			
Erisipela (Infección de la piel)	SI	NO	Tumores	SI	NO	Menstruación	<input type="checkbox"/> Normal	
Dolor o inflamación articular	SI	NO	Fractura	SI	NO		<input type="checkbox"/> Excesiva	
Pérdida de conocimiento	SI	NO	Forunculosis (Nacidos)	SI	NO			
Que empleo ha tenido en los 3 últimos años?	En cual permaneció mas tiempo, meses?			Cuál es su oficio actual		Es Ud. Derecho	<input type="checkbox"/>	
						Es Ud. Zurdo	<input type="checkbox"/>	