



Solicitud Para Puesto de Residencia en Medicina de Familia

CERTIFICADO MEDICO

NOMBRE: _____

FECHA: _____

HISTORIAL PRESENTE:

Historial Pasado	Candidato	Comienzo/Duración	Familia Candidato
1. Asma Bronquial			
2. Diabetes Mellitus			
3. Hipertensión			
4. Enfermedades Cardiovasculares			
5. Artritis			
6. Úlcera Péptica			
7. Cáncer			
8. Enfermedad Mental			
9. Operaciones			
10. Otras:			

EXAMEN FISICO

PESO: _____ lbs.

PRESION: _____

HEENT: _____

PULMONES: _____

CORAZON: _____

ABDOMEN: _____

EXTREMIDADES: _____

STATUS MENTAL: _____

Nombre: _____

FAVOR DE INDICAR CON UNA (X)

_____ SI, El candidato está capacitado física, mental y emocionalmente para entrar en un programa de adiestramiento.

_____ NO, El candidato no está capacitado física, mental y emocionalmente para entrar en un programa de adiestramiento. (Explique)

FIRMA DEL MEDICO

FECHA

Nombre del Médico (letra de molde)

Licencia

Teléfono

Dirección