

EVALUACION PSICOFISICO

Fecha/...../.....
Apellidos y nombres :
DomicilioTeléfono

DECLARACION JURADA
Tiene actualmente o ha tenido alguna vez: (marque con una x)

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
☐	☐	Mareos o	☐	☐	Tratamiento	☐	☐	Presión sanguínea
☐	☐	Convulsione	☐	☐	Tratamiento	☐	☐	Enfermedad
☐	☐	Dolores de cabeza con	☐	☐	Sordera o	☐	☐	Amputacione
☐	☐	Sin habla durante pocos	☐	☐	Uso de	☐	☐	Visión
☐	☐	Ausencia	☐	☐	Enfermedades en	☐	☐	Usa
☐	☐	Problemas con su memoria	☐	☐	Internación	☐	☐	Familiares con anteced. de suicidio
☐	☐	Trastornos del	☐	☐	Tratamiento por	☐	☐	Familiares con anteced.
☐	☐	Enfermedad	☐	☐	Tratamiento por	☐	☐	Familiares con impulsos descontrol
☐	☐	Problemas con el	☐	☐	Depresió	☐	☐	Fractura
☐	☐	Problemas con la	☐	☐	Falta de	☐	☐	Hijos Sanos
☐	☐	Que realizar	☐	☐	Palpitaciones del	☐	☐	

	SI	NO	
Ha sido operado			De dónde:
Tuvo que dejar de trabajar por razones de salud			Motivo :
Le negaron alguna vez un seguro de vida			Motivo :
Hábitos : Fuma			Cantidad por día :
Ha utilizado drogas de abuso (coca,marihuana,			Cuándo :
Toma bebidas alcohólicas			Cuales y cuánto por día :
Tiene sueño tranquilo			Cuántas horas duerme :
Accidentes sufridos			Cuándo y cómo :

Estas respuestas tienen carácter de declaración jurada y deben ser llenada por el Interesado. La comprobación de omisión

Firma del interesado

EXAMEN PSIQUICO

A	ASPECTO:		Normal		Patológico
b	ORIENTACIÓN		Global		Desorientado
C	PENSAMIENTO DE CURSO ACELERADO :		Normal	Lento	Disgregado Fuga de ideas
D	CONCIENCIA :		De situación		De enfermedad
E	ATENCIÓN:		Normal	Paraprosexiia	Hipo-hiperprosexia
F	SENSOPERCEPCIÓN:		Normal		Alucinaciones
G	AFFECTIVIDAD :		Eutimia	Hipertimia placentera	Displacentera Disminuida
H	CONTROL DE LOS IMPULSOS		Adecuados		No adecuados
I	JUICIO:		Conservado	Desviado	Disminuido
J	INTELIGENCIA :		Normal	Déficit	Insuficiente

EXAMEN FISICO

Evaluacion Neurologica: (marque con una x según corresponda, si hay alguna anormalidad	NORMAL	ANORMAL	DETALLE
a) Orientación			
b) Memoria			
c) Nivel de conciencia			
d) Habla			
e) Diestro,..... Zurdo.....			
f) Pares craneales			
g) Olfato (I)			
h) Agudeza visual, campos visuales, pupila (II)			
i) (III - IV - VI) Ptosis, nistagmus, movimientos oculares, pupilas.			
j) (V) Sensibilidad corneal y facial			
k) (VII) Simetría facial, frontal, ocular, labial			
l) (VIII) Oído			
m) (IX - X) Reflejo nauseoso, deglución, fonación			
n) (XI) Trapecio, Esternocleidomastoideo			
o) (XII) Protrusión, fasciculaciones, atrofia.			
p) Extremidades Superiores e inferiores: motilidad, fuerza, atrofia,			
q) Cerebelo: Marcha, pruebas, movimientos alternativos rápidos			
r) Movimientos anormales: Temblor, corea, postura			
s) Reflejos: Tendinosos, succión, prensión etc.			

Agudeza Visual	OD	OI	AMBOS	C/CORRECCION	OD	OI	AMBOS
CERCANA							
LEJANA							
VISION CROMATICA _____							

Exámen Clínico :

Aparato cardiovascular :

Aparato respiratorio :

Abdomen :

Aparato Locomotor :

Observaciones :

FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO