



## FORMULARIO ÚNICO DE VALORACIÓN DE SALUD

Este formulario es para uso exclusivo del médico especialista en clínica médica.  
(Los datos personales son de carácter obligatorio).

*Nombre y apellido del paciente*.....  
*DNI:*.....*Edad:*.....*Sexo*..... *Ocupación*.....  
*Domicilio*.....*Localidad*.....  
*Teléfono*.....*Mail (obligatorio):*.....

### Antecedentes Heredofamiliares:

Padre: Vivo  Fallecido  Causas:.....  
Madre: Viva  Fallecida  Causas:.....  
Hijos: Vivos  Fallecidos  Causas:.....

### Antecedentes Personales:

#### Hábitos tóxicos

Alcohol: Si  No  Cuánto.....  
Tabaco: Si  No  Cuánto.....  
Drogas Ilícitas: Si  No  Tipos.....

#### Patológicos

Alérgicos: Si  No  Cuáles:.....

Tratamiento:.....

Respuesta y adherencia: Buena  Regular  Mala

Traumatológicos: Si  No  Cuáles:.....  
.....  
.....

Quirúrgicos: Si  No  Cuáles.....  
.....

Metabólicos: Si  No  Patología:.....  
.....

Tratamiento (medicación y dosis):.....

.....  
Respuesta y adherencia: Buena  Regular  Mala

Neurológicos: Si  No  Patología:.....

.....  
Tratamiento (medicación y dosis):.....

Respuesta y adherencia: Buena  Regular  Mala

Respiratorios: Si  No  Patología:.....

.....  
Tratamiento (medicación y dosis) :.....

Respuesta y adherencia: Buena  Regular  Mala

Cardiovascular: Si  No  Patología:.....

.....  
Tratamiento (medicación y dosis):.....

.....  
Respuesta y adherencia: Buena  Regular  Mala

Digestivo: Si  No  Patología:.....

.....  
Tratamiento: (medicación y dosis):.....

.....  
Respuesta y adherencia: Buena  Regular  Mala

Gineco-obstétrico: Si  No  Patología:.....

.....  
Tratamiento (medicación y dosis):.....

Respuesta y adherencia: Buena  Regular  Mala

Genitourinario: Si  No  Patología:.....

.....  
Tratamiento (medicación y dosis):.....

Respuesta y adherencia: Buena  Regular  Mala

Osteomioarticular: Si  No  Patología:.....

.....  
Tratamiento (medicación y dosis):.....

Otros: Si  No  Patología:.....

.....  
Tratamiento (medicación y dosis):.....

.....  
Respuesta y adherencia:.....

**Estado General Actual:**.....

.....  
.....  
.....  
TA:.....FC:.....FR:.....T°:.....Peso:.....Talla:.....IMC:.....

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS OBLIGATORIOS

**Examen de Laboratorio** (se debe adjuntar impresión de lo solicitado)

Hemograma completo, Eritro, Glucemia, Hg Glic, .Ac Urico, Creatinina, Colesterol total, LDL, HDL, Triglic, Hepatograma, y Orina completa.

Alteración

Sin particularidades

Observaciones:.....

.....

**Rx de torax frente:** (se debe adjuntar imagen e informe del especialista)

Alteración

Sin particularidades

Observaciones:.....

**ECG:** (se debe adjuntar EGC con informe del especialista de Cardiología)

Alteración

Sin particularidades

Observaciones:.....



**INSTITUTO DE AYUDA FINANCIERA PARA  
PAGO DE RETIROS Y PENSIONES MILITARES**  
MINISTERIO DE DEFENSA

Lugar:.....de.....del.....

Con los datos clínicos referidos con anterioridad, de constancia que el señor/a.....

.....DNI.....

quien asiste a consultorio particular  Obra Social  Público  se encuentra bajo mi  
asistencia médica y goza de Bueno  Regular  Malo  estado de salud general.

Dr.....MN°.....

Domicilio.....Teléfono:.....

.....  
Firma y sello del especialista en clínica médica

.....  
Sello de la Institución donde se realiza

Artículo N° 295 del Código Penal:

“Sufrirá prisión de un mes a un año, el médico que diere por escrito un certificado falso, concerniente a la existencia o inexistencia presente o pasada, de alguna enfermedad o lesión, cuando de ello resulte perjuicio”.