



Para el bombero u oficial de policía: Complete este formulario antes del examen y preséntelo completado al examinador médico. Si el mismo examinador realiza tanto el examen cardíaco como el pulmonar en un mismo año, solo es necesario completar un formulario de historia clínica.

| | | |
|--|------------------------|---------------------|
| Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre) | Edad | Fecha de nacimiento |
| Dirección | Organización/empleador | |
| Nombre del médico personal | Ocupación | |

SI LA RESPUESTA A ALGUNA PREGUNTA DE ESTE FORMULARIO ES "SÍ", EXPLIQUE EN EL ESPACIO PROVISTO EN EL REVERSO.

| | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Alguna vez ha tenido problemas relacionados con el corazón o le han dicho que tiene problemas cardíacos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para la hipertensión o le han dicho que su presión arterial no era normal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. En los últimos cinco años, ¿ha pasado alguna noche hospitalizado por alguna razón? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. En los últimos doce (12) meses, ¿ha consultado a un médico por algo que no sean chequeos de rutina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tenido usted, o alguno de sus familiares cercanos (padre, madre, hermana o hermano), alguna de las siguientes afecciones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Alergias (asma, fiebre del heno, bronquitis, erupciones cutáneas, eccema)

Problemas oculares (aparte de lentes correctivos)

Problemas de presión arterial

Hipertensión

Problemas cardíacos

Ataque cardíaco

Diabetes

Accidente cerebrovascular

Gota

| SÍ (Indique quién ha tenido el problema) | NO |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 6. ¿Fuma? Si responde que sí, indique la cantidad por día. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha tenido algún episodio de falta de aire prolongado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tiene episodios regulares de tos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Consume bebidas alcohólicas? Si responde que sí, indique la cantidad diaria. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Cuántas tazas de café suele tomar por día? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Considera que tiene sobrepeso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cantidad de paquetes, cigarrillos, pipas, etc.

Indique la bebida y la cantidad

Cantidad

| | | |
|--|-------|-------|
| LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS INCLUIDAS ANTERIORMENTE SON VERDADERAS Y CORRECTAS SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. | Firma | Fecha |
|--|-------|-------|