



Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Sexo	Fecha del examen
Dirección	Edad	Fecha de nacimiento
Nombre del médico personal	Ocupación	

**DATOS FÍSICOS**

ESTATURA

PRESIÓN ARTERIAL

PESO

¿TIENE SOBREPESO?  SI  NO

**RADIOGRAFÍA TORÁCICA**

NORMAL

ANORMAL (Especifique)

**EXAMEN ESTETOSCÓPICO DE LOS PULMONES**

NORMAL

ANORMAL (Especifique)

**PRUEBA DE ESPIRÓMETRO\* (OPCIONAL PARA BOMBEROS VOLUNTARIOS)**

NORMAL

ANORMAL (Especifique)

\* La prueba de espirometría debe realizarse de acuerdo con las reglamentaciones del Seguro Social tituladas "Normas para determinar la discapacidad y la ceguera", publicación de la Administración del Seguro Social (SSA) n.º 64-014, número de control interno (I.C.N.) 436850, junio de 1985.

Se recomienda que se comunique con su médico personal para recibir asesoramiento sobre la corrección de...

Firma del examinador	Fecha
----------------------	-------

**Firme una copia de este formulario y preséntela a su empleador u organización.**

Firma del empleado	Fecha
--------------------	-------