

2.4.3 FORMULARIOS DE HISTORIAL Y EXÁMENES MÉDICOS DE LA ADCI



Asociación Internacional de Contratistas de Buceo

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Empleador		Cargo		Fecha	
1. Apellidos		2. Fecha de Nacimiento		3. Sexo	4. SSN o PASAPORTE No.
5. Dirección (Calle, Número)		6. Ciudad		7. Estado	8. Código Postal
					9. Código de Área -Número de Teléfono ()
10. Persona para Contacto de Emergencia – Relación – Dirección – Número de Teléfono					11. Número de Teléfono Celular ()

12. HISTORIA MÉDICA: ¿Ha recibido usted alguna vez tratamiento para (explique las respuestas positivas a continuación):

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones o ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angiograma o Eco cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia discal o ciática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reparación de PFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones del hombro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concusión o dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones del codo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza incapacitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma o respiración sibilante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones del brazo/muñeca/mano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del equilibrio/Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones de la cadera/pierna/tobillo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cinetosis grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones de la rodilla o "rodilla de truco"
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la consciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas o lesiones en los pies
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislocaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumotórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de las articulaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defecto de la visión en colores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad o cirugía pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huesos quebrados o fracturas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad o lesión ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de vesícula biliar o cálculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venas varicosas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas o úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad o debilidad muscular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento y parálisis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad o lesión del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes del sueño
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tímpano perforado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado o hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bocio o enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para eliminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado rectal/sangre en las heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado de nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides (almorranas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia: de células falciformes u otras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obstrucción de las vías respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores por gases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupciones en la piel o enfermedad cutánea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre de heno o alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección por estafilococos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ruptura o hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor o cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claustrofobia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad mental/depresión/ansiedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proteína, azúcar o sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crisis nerviosa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ritmo cardíaco anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones/artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o lesiones en la espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad contagiosa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endoprótesis cardíaca o angioplastia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas en la columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra enfermedad o lesión u otra condición médica

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÓLO para Mujeres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menstruaciones Dolorosas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menstruaciones Irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo	Último Periodo Menstrual

SÍRVASE EXPLICAR LOS DETALLES DE CADA ÍTEM MARCADO SÍ

13. HAGA UNA LISTA DE TODAS LAS CIRUGÍAS AÑO

14. HAGA UNA LISTA DE TODAS LAS HOSPITALIZACIONES AÑO

15. HAGA UNA LISTA DE TODAS LAS LESIONES AÑO

16. HAGA UNA LISTA DE TODAS LOS MEDICAMENTOS, RECETAS MÉDICAS O SIN RECETA

17. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS: Cada Ítem Marcado Sí Debe Ser Explicado Completamente Más Abajo	SÍ	NO		SÍ	NO
¿Tiene usted algún defecto físico o alguna discapacidad parcial?			¿Ha renunciado, terminado o cambiado algún trabajo por razones médicas?		
¿Ha sido usted rechazado alguna vez por seguro, empleo, licencia o fuerzas armadas por razones de salud?			¿Ha sido usted despedido de su empleo a causa del exceso de drogas o alcohol?		
¿Ha tenido enfermedades, lesiones o accidentes en alguno de los trabajos que ha desempeñado?			¿Tiene usted alergias o reacciones a alimentos, químicos, drogas, picaduras de insectos o vida marina?		

Consenso de Normas Internacionales para Buceo Comercial y Operaciones Submarinas 2.4

¿Le han aconsejado que se haga una cirugía o tratamiento médico que no se haya hecho?			¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? Informe el nombre del médico y su dirección en la siguiente página.		
---	--	--	---	--	--

OBSERVACIONES:

Consenso de Normas Internacionales para Buceo Comercial y Operaciones Submarinas 2.4

18. Mi Médico Personal es: Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad, Estado _____
 Teléfono _____

19. HISTORIAL DE BUCEO ¿Hace cuánto tiempo está realizando buceo comercial? _____

Historial de buceo con aire desde la superficie	Historial de Buceo de Saturación		
Profundidad Máxima con Aire de Superficie	Heliox	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Profundidad Máxima _____
Profundidad Máxima con Mezcla de Gases de Superficie	Trimix	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Duración Máxima (Días) _____
Tiempo en el Fondo más Largo con Aire	Nitrox	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tiempo en el Fondo más Largo con Mezcla de Gases			

20. EXPERIENCIA DE BUCEO (Años de experiencia):

¿Pasó usted una prueba de tolerancia al oxígeno?
 Aire _____ Sí No
 Mezcla de gases _____ Nombre de la Escuela de Buceo _____
 Saturación _____

21. INDIQUE EL NÚMERO DE INCIDENTES DE DESCOMPRESIÓN
 Haga un listado de cualquier residuo

Aeroembolismo, solamente dolor _____
 Aeroembolismo, neurológico _____
 Ahogos _____
 Oído interno _____

22. HA TENIDO UN HISTORIAL, DURANTE EL BUCEO DE: (Proporcione detalle de fechas y gravedad)

	Sí	No	Detalles		Sí	No	Detalles
Embolia de Gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Compresión Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Intoxicación por Oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ahogamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Intoxicación por CO ₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Asfixia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Intoxicación por CO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Vértigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Compresión Oído/Senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Neumotórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ruptura del Timpano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Narcosis por	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Nitrógeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				Pérdida de Conciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

23. ¿Se ha visto envuelto en un accidente de buceo (enfermedad de descompresión u otros) desde su último examen médico? Sí No

Fecha del último examen médico: _____ Nombre del Médico que realizó su último examen _____
 ¿Para qué compañía u organización se hizo su último examen? _____ Dirección del Médico _____
 Ciudad, Estado _____

24. ¿Ha sufrido algo de lo siguiente? De ser así, dé una fecha aproximada:

Sí	No	Fecha	Sí	No	Fecha
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

25. Observaciones del Médico:

CERTIFICO QUE HE REVISADO LA INFORMACIÓN ANTERIOR SUMINISTRADA POR MÍ Y QUE ES VERDADERA Y ESTÁ COMPLETA SEGÚN MIS CONOCIMIENTOS. YO ENTIENDO QUE DEJAR DE LADO O TERGIVERSAR LOS HECHOS INDICADOS MÁS ARRIBA PUEDE SER CAUSA DE LA DENEGACIÓN DEL EMPLEO O LA SEPARACIÓN DE LA COMPAÑÍA. YO AUTORIZO A CUALQUIERA DE LOS MÉDICOS, HOSPITALES O CLÍNICAS ANTES MENCIONADAS PARA PROPORCIONAR AL EXAMINADOR MÉDICO DE LA COMPAÑÍA CON UNA TRANSCRIPCIÓN COMPLETA DE MI EXPEDIENTE MÉDICO PARA FINES DE PROCESAMIENTO DE MI EXAMEN FÍSICO

Fecha _____ Firma _____



Asociación Internacional de Contratistas de Buceo

FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO

Empleador		Fecha		Fecha de Nacimiento		Edad	
1. Apellido			Nombres			2. NSS o PASAPORTE No.	
3. Estatura (pulgadas)		4. Peso (en libras)		5. Grasa Corporal (%) (Opcional)		6. IMC (Opcional)	
7. Temperatura		8. Presión Sanguínea		9. Pulso/Ritmo Cardíaco		10. Apariencia General/Higiene	
		/				11. Contextura	
12. Visión de Lejos		13. Visión de Cerca: Jaeger		Visión de Cerca Corregida		14. Visión del Color (Prueba Realizada y Resultados)	
D. 20/		D. 20/		D. 20/			
I. 20/		I. 20/		I. 20/			
15. Campo de Visión (Grados)				16. Lentes de Contacto			
D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
NORMAL ANORMAL				OBSERVACIONES			
Revise cada ítem en la columna apropiada (ingrese NE para No Evaluado)							
17. Cabeza, Cara, Cuero Cabelludo							
18. Cuello							
19. Ojos							
20. Fondo del Ojo							
21. Oídos - General (canal interno y externo)							
22. Función de la Trompa de Eustaquio							
23. Timpano							
24. Nariz (Alineamiento del Tabique)							
25. Senos Paranasales							
26. Boca y Garganta							
27. Pecho							
28. Pulmones							
29. Corazón (Impulso, Tamaño, Ritmo, Sonidos)							
30. Pulsos (Igualdad, etc.)							
31. Sistema Vasculat (Várices, etc.)							
32. Abdomen y Visceras							
33. Hernia (Todos los Tipos)							
34. Sistema Endocrino							
35. Sistema G-U							
36. Extremidades Superiores (Fuerza, ROM)							
37. Extremidades Inferiores (Excepto los Pies)							
38. Pies							
39. Espina Dorsal							
40. Piel, Sistema Linfático							
41. Ano y Recto							
42. Tono del Esfínter							
43. Examen Pélvico							

EXAMEN NEUROLÓGICO

44. NERVIOS CRANEALES

		NORMAL	ANORMAL	NE
I	Olfatorio			
II	Óptico			
III	Oculomotor			
IV	TrocLEAR			
V	Trigémino			
VI	Nervio Motor Ocular Externo			

		NORMAL	ANORMAL	NE
VII	Facial			
VIII	Auditivo			
IX	Glossofaríngeo			
X	Vago			
XI	Accesorio Espinal			
XII	Hipoglosal			

45. REFLEJOS

	TENDONES PROFUNDOS									
	Izquierda					Derecha				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Tríceps										
Bíceps										
Rótula										
Aquiles										

Babinski
Hoffman
Clonus del Tobillo

PATOLOGÍA			
Izquierda		Derecha	
Presente	Ausente	Presente	Ausente

SUPERFICIAL		
Presente	Ausente	NE

46. FUNCION CEREBELAR

	Izquierda					Derecha				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ataxia										
Tremor (intención)										
Dedo en la nariz										
Talón de Shín (deslizamiento)										

47. MÚSCULO

	FUERZA				
	1	2	3	4	5
Extremidad Superior Derecha					
Extremidad Superior Izquierda					
Extremidad Inferior Derecha					
Extremidad Inferior Izquierda					

TONO

Normal	Anormal

48. PROPIOCEPCIÓN

	Izquierda		Derecha	
	Normal	Anormal	Normal	Anormal
Sentido de la posición común				
EsterеоgnoSia				
Sensación Vibratoria				

49. NISTAGMO

	Presente	Ausente
Mirada Lateral de Punto Final		
Patología		

50. SENSACIÓN

	Normal		Anormal	
	Normal	Anormal	Normal	Anormal
Caliente				
Frio				

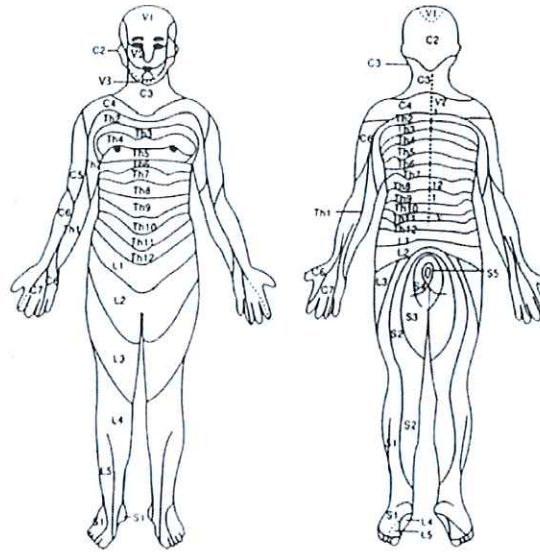
	Normal		Anormal	
	Normal	Anormal	Normal	Anormal
Aguda				
Suave				

Discriminación de dos puntos	
Normal	Anormal

51. RHOMBERG

Ausente	Presente

52. OBSERVACIONES VARIAS



RESULTADOS DE LABORATORIO

<p>53. Análisis de orina</p> <p>Color _____</p> <p>Apariencia _____</p> <p>Gravedad de Sp. _____</p> <p>Ph _____</p>		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>0</th> <th>1+</th> <th>2+</th> <th>3+</th> <th>4+</th> </tr> <tr> <td>Azúcar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sangre</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cetonas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bilirubina</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Proteína</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		0	1+	2+	3+	4+	Azúcar						Sangre						Cetonas						Bilirubina						Proteína						<p>54. Exámenes de sangre</p> <p>CBC</p> <p>Normal _____</p> <p>Anormal _____</p> <p>Células falciformes: <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg</p> <p>Reportes adjuntos</p> <p>RPR <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg</p> <p>VIH <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg</p>
	0	1+	2+	3+	4+																																		
Azúcar																																							
Sangre																																							
Cetonas																																							
Bilirubina																																							
Proteína																																							
<p>55. Función Pulmonar</p> <p>FVC _____</p> <p>FEV 1 _____</p> <p>FEV 1/ FVC _____</p>	<p>56. Rayos X</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Normal</th> <th>Anormal</th> <th>(Describe)</th> </tr> <tr> <td>Pecho</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Columna lumbar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Serie de huesos largos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </table>			Normal	Anormal	(Describe)	Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Columna lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Serie de huesos largos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																	
	Normal	Anormal	(Describe)																																				
Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																				
Columna lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																				
Serie de huesos largos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																				
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																				
<p>57. Electrocardiograma</p> <p>Estático _____</p> <p>Ejercicio de esfuerzo _____</p>	<p>58. Audiograma</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hz</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>3000</th> <th>4000</th> <th>6000</th> <th>8000</th> </tr> <tr> <td>Izquierdo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Derecho</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	Izquierdo								Derecho																			
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000																																
Izquierdo																																							
Derecho																																							
<p>59. Panel metabólico completo</p> <p>Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Anormal <input type="checkbox"/></p>	<p>Informe Adjunto <input type="checkbox"/></p>	<p>Panel de lípidos (si está hecho)</p> <p>Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Anormal <input type="checkbox"/></p>	<p>Comentarios: _____</p>	<p>60. Test de drogas</p> <p><input type="checkbox"/> No recolectado</p> <p><input type="checkbox"/> Recolectado, resultados enviados al empleador</p>																																			

<p>Situación Laboral:</p> <p><input type="checkbox"/> Apto para buceo</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizado para supervisor</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizado sólo para trabajo en cubierta</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizado con restricciones: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Necesita evaluación adicional: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No apto para buceo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No apto _____</p> <p>Comentarios: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Firma del Examinador _____</p> <p>Nombre del Examinador _____</p> <p>Firma del Médico _____</p> <p>Nombre del Médico _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Número Telefónico _____</p>
--	---

Fecha de examinación: _____
