



Al MÉDICO EXAMINADOR: Antes de que esta persona sea nombrada al Servicio de la Universidad de Puerto Rico tiene que reunir las normas de salud y condición física requeridas para el puesto que solicita. Observe y examine esta persona y haga las anotaciones pertinentes en los siguientes apartados.

### C. Examen Físico

12. Estatura, sin zapatos: \_\_\_\_\_ pulgadas    Peso, con ropa: \_\_\_\_\_ libras
13. Ojos: Sin cristales: Derecho 20/\_\_\_\_ Izquierdo 20/\_\_\_\_    Con cristales: Derecho: 20/\_\_\_\_ Izquierdo: 20/\_\_\_\_
14. Apreciación de colores  
 ¿Es esta normal cuando se usa la placa de colores Ishihara?     SI     NO  
 Si no, ¿puede el solicitante pasar otra prueba comparable?     SI     NO
15. Oídos: Derecho: \_\_\_\_\_ / <sup>20</sup> pies    Izquierdo \_\_\_\_\_ / <sup>20</sup> pies    NOTA: Los denominadores indican lo normal. Llene el numerador como la distancia máxima a que puede oír conversación ordinaria.

Evidencia de Enfermedades	SI	NO	Explicación (Describa en detalles cualquier anomalía. Use papel adicional si fuera necesario.)
16. Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Nariz, senos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Cavidad bucal y garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Cabeza y cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Piel (Describanse cicatrices y tatuajes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Sistema gastro-intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Pecho y pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Sistema genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Venas varicosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. Espalda y extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. Sistema endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. Condición de los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. Cicatrices de traumatismo previo o enf. graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. Problema siquiátrico (especifique cualquier desviación de personalidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. Otras anomalías o defectos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

36. Pulso:     Regular     Irregular    37. Presión arterial: Sistólica: \_\_\_\_\_ Mm. Hg.: \_\_\_\_\_ Diastólica: \_\_\_\_\_

38. Radiografía del Tórax:

39. Análisis de la orina: Gravedad específica \_\_\_\_\_ Albúmina \_\_\_\_\_ Azúcar \_\_\_\_\_ Cilindros \_\_\_\_\_

40. Enfermedades genito-infecciosas:  Serología     Gonorea     Otras    Infecciosas:  Si     NO

41. El solicitante puede desempeñar deberes que implican esfuerzo físico:     fuerte     moderado     ligero

42. El médico examinador deberá revisar los apartados A y B al dorso de este formulario y elaborar o resumir en este espacio cualquier información de importancia en el Historial Médico. Use papel adicional si fuere necesario.

43. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE.  
 Certifico que la información que he incluido en este formulario y la que he suplido al médico examinador es verdadero y completa. Autorizo a cualquier médico u hospital mencionados a suministrar información sobre mi expediente médico a la Oficina de Personal del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
 Nombre a máquina o en letra de molde    Firma del Solicitante en presencia del médico examinador

44. El médico deberá llenar este apartado a máquina o en letra de molde.  
 Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ M.D    Dirección: \_\_\_\_\_  
 Número de Licencia: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_    Fecha: \_\_\_\_\_