EVALUACIÓN MEDICA PARA MUJERES

Nombre del colegiado _____

Nombre del médico _____

¿Ha padecido o padece el colegiado alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedades	Si	No	Fecha	Observaciones
Trastornos de las vías digestivas				
Trastornos de la sangre				
Venas varicosas				
Enfermedades Cardiacas				
Desmayos o mareos				
Alta o baja presión				
Convulsiones				
Trastornos nerviosos				
Tuberculosis				
Asma o bronquitis				
Dolores de cabeza (Severos)				
Artritis reumatismo				
Trastornos en el recto				
Trastorno urinario				
Enfermedades venéreas				
Trastornos de los riñones				
Lesiones de la cabeza o espina dorsal				
Diabetes				
Cáncer tumor o quiste				
Hernia				
Bocio				
Trastornos glandulares				
Defecto; amputación o menoscabo físico				
Enf. o defecto de vista, oído, nariz o garganta				
Trastornos de la vesícula biliar				
Albumina o azúcar en la orina				
Prostatitis				
Trastornos femeninos				
Operación cesárea				
¿Está actualmente embarazada?				

¿Ha consultado un médico en los últimos doce meses? Sí ____ No ____

¿Ha estado el último año en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento? Sí ____ No ____

¿Se le ha recomendado someterse a una cirugía o tratamiento médico? Sí ____ No ____

Si cualquiera de las respuestas anteriores es afirmativa detallar a continuación.

Fecha	Dolencias/Tratamiento	Duración	Médico tratante	Hospital o Centro Médico

_____ _____

Fecha **Firma del Médico**