

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN**  
**CONTROL DE ESTADO DE SALUD**  
**FICHA CLÍNICA**

Nombre Afiliado:..... N° Afiliado:..... Edad:.....

1. ESTADO GENERAL:

.....  
.....

2. PESO:.....

3. PRESION ARTERIAL:.....

4. LABORATORIO:

.....  
.....  
.....

5. EXAMEN GINECOLÓGICO:

.....  
.....  
.....

6. EXAMEN CARDIOLÓGICO:

.....  
.....  
.....

7. EXAMEN UROLÓGICO

.....  
.....  
.....

8. CONCLUSIÓN:

8.1. Controles Normales:

8.2. Patologías detectadas:.....

.....  
.....  
.....  
.....

Fecha:...../...../.....

Firma y Aclaración Médico Clínico:.....