



PROGRAMA DE PREVENCIÓN
CONTROL DE ESTADO DE SALUD
FICHA CLINICA

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:.....