

# EVALUACION PSICOFISICO

Fecha ...../...../.....

Apellidos y nombres : .....

Domicilio .....Teléfono .....

**DECLARACION JURADA**  
**Tiene actualmente o ha tenido alguna vez: ( marque con una x )**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza con frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sin habla durante pocos minutos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausencias</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con su memoria</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos del equilibrio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con el habla</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con la orientacion</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Que realizar electroencefalograma</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento Psicológico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento Neurológico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sordera o Hipoacusia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uso de audífonos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades en tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Internación Psiquiatrica</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento por alcoholismo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento por toxicomanía</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de Aire</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Palpitaciones del corazón</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amputaciones</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Visión disminuida</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usa lentes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiares con anteced. de suicidio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiares con anteced. sicóticos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiares con impulsos descontrol</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracturas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hijos ..... Sanos .....vivos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|---|--|--|

		SI	NO	
Ha sido operado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De dónde:
Tuvo que dejar de trabajar por razones de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motivo :
Le negaron alguna vez un seguro de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motivo :
Hábitos : Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad por día :
Ha utilizado drogas de abuso (coca,marihuana, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuándo :
Toma bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuales y cuánto por día :
Tiene sueño tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuántas horas duerme :
Accidentes sufridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuándo y cómo :

Estas respuestas tienen carácter de declaración jurada y deben ser llenada por el Interesado. La comprobación de omisión o falsedad, dará motivo de la suspensión del permiso otorgado.

\_\_\_\_\_  
Firma del interesado

**EXAMEN PSIQUICO**

A	ASPECTO:	Normal	Patológico		
b	ORIENTACIÓN	Global	Desorientado		
C	PENSAMIENTO DE CURSO ACELERADO :	Normal	Lento	Disgregado	Fuga de ideas
D	CONCIENCIA :	De situación	De enfermedad		
E	ATENCIÓN:	Normal	Paraprosexiia	Hipo-hiperprosexia	
F	SENSOPERCEPCIÓN:	Normal	Alucinaciones		
G	AFECTIVIDAD :	Eutimia	Hipertimia placentera	Displacentera	Disminuida
H	CONTROL DE LOS IMPULSOS :	Adecuados	No adecuados		
I	JUICIO:	Conservado	Desviado	Disminuido	Desviado
J	INTELIGENCIA :	Normal	Déficit	Insuficiente	

# EXÁMEN FÍSICO

Evaluación Neurológica: ( marque con una x según corresponda, si hay alguna anomalía )	NORMAL	ANORMAL	DETALLE
a) Orientación			
b) Memoria			
c) Nivel de conciencia			
d) Habla			
e) Diestro,..... Zurdo.....			
f) Pares craneales			
g) Olfato ( I )			
h) Agudeza visual, campos visuales, pupila ( II )			
i) ( III - IV - VI ) Ptosis, nistagmus, movimientos oculares, pupilas.			
j) ( V ) Sensibilidad corneal y facial			
k) ( VII ) Simetría facial, frontal, ocular, labial			
l) ( VIII ) Oído			
m) ( IX - X ) Reflejo nauseoso, deglución, fonación			
n) ( XI ) Trapecio, Esternocleidomastoideo			
o) ( XII ) Protrusión, fasciculaciones, atrofia.			
p) Extremidades Superiores e inferiores: motilidad, fuerza, atrofia,			
q) Cerebelo: Marcha, pruebas, movimientos alternativos rápidos			
r) Movimientos anormales: Temblor, corea, postura			
s) Reflejos: Tendinosos, succión, prensión etc.			

Agudeza Visual	OD	OI	AMBOS	C/CORRECCION	OD	OI	AMBOS
CERCANA							
LEJANA							
VISION CROMATICA _____							

<b>Exámen Clínico :</b>
Aparato cardiovascular :
Aparato respiratorio :
Abdomen :
Aparato Locomotor :
Observaciones :

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO