

PROTOCOLO MÉDICO

1. Examen médico general completo (haciendo énfasis en vía aérea superior e inferior) El personal de investigadores deberá presentar el formato anexo.
2. Examen odontológico. El personal de investigadores deberá presentar el formato anexo.
3. Examen optométrico realizado por médico general (en caso de hallazgos importantes remitir al especialista para emisión de concepto) El personal de investigadores deberá presentar el formato anexo.
4. Audiometría tonal (incluye vía aérea y vía ósea)
5. Electrocardiograma
6. Radiografía Tórax PA y lateral

7. Laboratorios:

- Cuadro hemático.
- Parcial de orina.
- BUN y Creatinina.
- Glicemia.
- VIH.
- Gravindex (Personal femenino)

8. Esquema de vacunación:

- Neumococo 23.
- Meningococo.
- Fiebre Amarilla.
- Varicela.
- Hepatitis A.
- Tétanos Difteria.
- Triple viral (sarampión, rubeola y parotiditis).
- Fiebre Tifoidea.
- Hepatitis B.

9. Examen psicológico deberá ser coordinado con la Comisión Colombiana del Océano.

HISTORIA FAMILIAR

Parentesco	Edad	Estado Salud	Si ha muerto, la causa	Ha habido casos en la Familia de	Si	No	Parentesco
Padre				Tuberculosis			
Madre				Sifilis			
Esposa				Diabetes			
Hermanos				Cáncer			
O				Enfermedades del riñón			
O				Enfermedades del Corazón			
Hijos				Enfermedades del Estómago			
				Reumatismo			
				Alergias			
				Epilepsia			
				Suicidios			
				Enfermedades mentales (Locos)			

HISTORIA MEDICA PERSONAL

Ha sufrido o sufre usted de Difteria	Si	No	Ha sufrido usted o sufre de Pérdida de conocimiento	Si	No	Ha sufrido o sufre de Forunculosis Cojeras	Si	No
Asma			Perturbación de la nariz			Mareos de carro, tren, avión, mar		
Tos ferina			Resfriados frecuentes			Pérdida de la memoria		
Perturbación del Oído			Ictericia			Adicto a bebidas alcohol en exc		
Perturbación de las vías digestivas			Cáncer			Es tartamudo		
Coto			Sangre en la orina			Ha sido sonámbulo		
Cólicos			Deformidad huesos, art u otros			MUJERES		
Apendicitis			Epilepsia o ataques			Edad de la menarquia		
Hemorroides o enfermedades del recto			Depresión o angustia			Ha sido tratado por algún desorden propio del sexo		
Micciones frecuentes o dolorosas			Enuresis nocturna			Ha estado embarazada		
Enfermedades venéreas			Usa aparato para oír			Tiene menstruación dolorosa		
Parálisis			Ha intentado suicidio			Ciclo actual		
Frecuente sueño intranquilo			Tuberculosis			Ha tenido flujos vaginales		
Es adicto a narcóticos			Perturbación de la vista			Menstruaciones irregulares		
Usa aparato ortopédico			Palpitaciones			Fecha última menstruación		
Sangra excesivamente por extraccio-nes dentales o pequeñas heridas			Perturbación de la garganta			Normal		
Erisipela			Bronquitis crónica			Menstruación		
Dolor o inflamación articulaciones			Tumores			Excesiva		
Dolor o inflamación articulaciones			Fracturas					
Que empleo ha tenido en los últimos 3 años?			En cual permaneció más tiempo? Meses			Cuál es su oficio actual?	Es Ud derecho <input type="radio"/>	
							Es Ud. Zurdo <input type="radio"/>	

MARQUESE (SI O NO) – SI SE MARCA “SI” DEBE EXPLICARSE AL FRENTE

	SI	NO
a) Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?		
b) Es sensible a productos químicos: polvo, luz del sol etc.		
c) Tiene dificultad para ejecutar algunos movimientos?		
d) Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		
e) Por otros razones de orden médico, s inhábil?		
Ha sido rechazado de algún empleo por causas de salud?		
Ha sido herido? Qué sitio de la herida		
Se le ha negado algún seguro de vida?		
Se le ha practicado o le han aconsejado que practique alguna operación? Cual?		
Ha estado interno por su voluntad o por orden en un Hospital de enfermedades mentales? En caso de afirmativo especificar cuándo y dónde, porqué y nombre del médico y señas		

Formato de evaluación médica VI Expedición Científica de Colombia a la Antártica verano austral 2019-2020

1.- APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	2.- CARGO	3.- IDENTIFICACIÓN C.C.
4.- DIRECCIÓN Y DOMICILIO – CIUDAD		
6.- FECHA DEL EXAMEN		
7.- SEXO	8.- NACIONALIDAD	
		12.- FECHA DE NACIMIENTO
		13. LUGAR DE NACIMIENTO
14.- NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PARIENTE MAS CERCANO		15.- DEPENDENCIA MEDICA DONDE SE PRACTICA EL EXAMEN

MEDICINA GENERAL

NORMAL	ANORMAL	REGÍSTRESE CADA ÍTEM EN LA COLUMNA APROPIADA. ANOTE (NE) SI NO EVALUÓ	NOTA: Describir cada anomalía detalladamente (escriba cada número de ítem perteneciente antes de cada comentario. Continúe en el ítem 66 t adiciones hojas si es necesario
		17.- Cabeza, Cara, Cuero Cabelludo	
		18.- Nariz	
		19.- Estatura Peso	
		20.- Color Cabello	
		21.- Oído en General	
		22.- Color Ojos	
		23.- Ojos en general	
		24.-Raza	
		25.- Tensión Arterial Pulso	
		26.- Movilidad Ocular	
		27.- Pulmones y Tórax	
		28.- Corazón y grandes vasos	
		29.- Sist. Vascular Perif. Y Linfático	
		30.- Abdomen y Vísceras	
		31.- Ano y Recto	
		32.- Sistema Endocrino	
		33.- Génito urinario	
		34.- Extremidades Superiores	
		35.- Extremidades Inferiores	
		36.- Pies	
		37.- Columna vertebral y esqueleto	
		38.- Señales cicatrices, tatuajes	
		39.- Pies y faneras	
		40.- Pecho	
		41.- Temperatura	
	Para Mujer	42.- Pelvis Vagina Rectal	43.- Enfermedades que haya tenido
Nombre en letras de imprenta o máquina del Médico General			Firma y sellos autorizados

OBSERVACIONES

Declare por mi palabra de honor, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y autorizo a los señores médicos, Clínicas y Hospitales mencionados para suministrar una completa transcripción de mis historia clínica,

Nombre del examinado – Letra de Imprenta

Formato de evaluación médica VI Expedición Científica de Colombia a la Antártica verano austral 2019-2020

1.- APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		2. CARGO		3.- IDENTIFICACIÓN	
4.- DIRECCIÓN Y DOMICILIO – CIUDAD					
6.- FECHA DEL EXAMEN					
7.- SEXO		8.- NACIONALIDAD		9.- TIEMPO DE SERVICIO	
10.- FUERZA: EJE, ARC, FAC, PNC	11.- UNIDAD O REPARTICION	12.- FECHA DE NACIMIENTO		13. LUGAR DE NACIMIENTO	
14.- NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PARIENTE MAS CERCANO		15.- DEPENDENCIA MEDICA DONDE SE PRACTICA EL EXAMEN			

51.- Visión a distancia			52.- Refracción			53.- Visión de cerca		
Derecho 20/	Corrige 20/		Por lent. Esf.	Cil.		Corrige a	Con	
Izquierdo 20/	Corrige 20/		Por lent. Esf.	Cil.		Corrige a	Con	
54.- Heteroforias (especifíquese)	Es.	Es.	Hip. Derecho	Hip. Izquierdo	Prm. Div.	Prm. Conv.	P.C.	P.D.
55.- Acomodación		56.- Visión de color		57.- Percepción de profundidad		Sin corregir		
IZQ.	DER					Con corrección		
58.- Campo visual		59.- Visión nocturna		60.- Lente Roja		61.- Tensión Intraocular		

ODONTOLOGÍA																				
<input type="radio"/> Caries - Obturadas					<input checked="" type="radio"/> No tratables					<input type="radio"/> A - Ausentes										
					<input type="radio"/> II - Prótesis Fija					<input type="radio"/> () Prótesis removibles										
44.- Boca: Dentadura: Colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores e inferiores respectivamente.										Observaciones y otros defectos y enfermedades dentales										
										Articulación	Oclusión	Partes Blandas		Estado Gral. De la Boca						
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	33	24	25	26	27	28	Normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Anormal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RESUMEN DE DEFECTOS Y DIAGNOSTICO:																				
										<hr/> Firma, Postfirma y sello autorizado del Odontólogo										

EVENTOS: 1) Selección al menos de escuela de formación y su equivalente en la Política Nacional. 2) Escalafonamiento. 3) Ingreso