



FECHA    TIPO Y N° DE DOCUMENTO

APELLIDO

NOMBRE

DOMICILIO

LOCALIDAD

EDAD  GRUPO SANGUINEO  FACTORRH  ES DONANTE DE ÓRGANOS: .....

Licencia solicitada: CLASE  ALTA  RENOVACIÓN   
 ALTA  RENOVACIÓN

**EXAMEN FÍSICO**

PULSO  T. ARTERIA  TALLA

INTEGRIDAD Malformaciones:.....  
 Agenesias:.....  
 Amputaciones:.....

MIEMBRO SUP. DERECHO FUNCIONALIDAD  
 Dedos:.....  
 Muñecas:.....  
 Codo:.....  
 Hombro:.....

INTEGRIDAD Malformaciones:.....  
 Agenesias:.....  
 Amputaciones:.....

MIEMBRO SUP. IZQUIERDO FUNCIONALIDAD  
 Dedos:.....  
 Muñecas:.....  
 Codo:.....  
 Hombro:.....

INTEGRIDAD Malformaciones:.....  
 Agenesias:.....  
 Amputaciones:.....

MIEMBRO INF. DERECHO FUNCIONALIDAD  
 Dedos:.....  
 Tobillos:.....  
 Rodilla:.....  
 Cadera:.....  
 Masa Muscular:.....

INTEGRIDAD Malformaciones:.....  
 Agenesias:.....  
 Amputaciones:.....

MARCHA:.....

INTEGRIDAD Malformaciones:.....  
 Agenesias:.....  
 Amputaciones:.....

MIEMBRO INF. IZQUIERDO FUNCIONALIDAD  
 Dedos:.....  
 Tobillos:.....  
 Rodilla:.....  
 Cadera:.....  
 Masa Muscular:.....

INTEGRIDAD Malformaciones:.....  
 Agenesias:.....  
 Amputaciones:.....

MARCHA:.....

VISIÓN

Agudeza Visual:.....  
Perimetría:.....  
Visión de Profundidad:.....  
Visión Nocturna:.....  
Encandilamiento:.....  
Recuperación al Encandilamiento:.....  
Visión de Colores:.....

**EXAMEN SENSORIAL**

AUDICIÓN:

Audiometría:

.....  
.....

**RESULTADO EXAMEN FÍSICO**

APTO  NO APTO  NO APTO (Temporario)  INTERCONSULTA  TIEMPO DE VALIDEZ (en meses)

RESTRICCIONES / OBSERVACIONES

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

.....  
Firma y sello del Profesional

**EXAMEN PSIQUICO**

Tiempo de Reacción:.....  
Coordinación Motriz:.....  
Inteligencia:.....  
Salud Mental:.....

**RESULTADO EXAMEN PSIQUICO**

APTO  NO APTO  NO APTO (Temporario)  INTERCONSULTA  TIEMPO DE VALIDEZ (en meses)

RESTRICCIONES / OBSERVACIONES

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

.....  
Firma y sello del Profesional

