



POR FAVOR HACER LLENAR POR EL MÉDICO  
TRATANTE Y PRESENTAR EL DÍA DE LA  
ENTREVISTA.  
**\*REQUISITO OBLIGATORIO.**

# HISTORIAL MÉDICO

## A LLENAR POR EL MÉDICO

FECHA: \_\_\_\_\_

1. NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

2. ¿HACE CUANTO TIEMPO QUE CONOCE AL PACIENTE? \_\_\_\_\_

3. ¿EL PACIENTE TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS MÉDICOS?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> MALA AUDICIÓN                 | <input type="checkbox"/> SUPURACIÓN DEL OÍDO      | <input type="checkbox"/> INFECCIONES DEL OÍDO    |
| <input type="checkbox"/> CONVULSIONES                  | <input type="checkbox"/> CÁNCER                   | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS            |
| <input type="checkbox"/> DESVANECIMIENTOS              | <input type="checkbox"/> HERNIAS                  | <input type="checkbox"/> SÍFILIS                 |
| <input type="checkbox"/> REUMATISMO                    | <input type="checkbox"/> ARTRITIS                 | <input type="checkbox"/> ENFISEMA                |
| <input type="checkbox"/> ASMA                          | <input type="checkbox"/> PARÁLISIS INFANTIL       | <input type="checkbox"/> ESCLEROSIS MÚLTIPLE     |
| <input type="checkbox"/> DIABETES/BAJO NIVEL DE AZÚCAR | <input type="checkbox"/> EXPECTORACIÓN CON SANGRE | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZÓN  |
| <input type="checkbox"/> ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA        | <input type="checkbox"/> DESORDENES NERVIOSOS     | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PULMONAR           | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL SUEÑO      | <input type="checkbox"/> DOLOR DE PECHO          |
| <input type="checkbox"/> ALERGIAS DE CUALQUIER TIPO    |   |  |

4. ¿EL PACIENTE HA SUFRIDO ALGUNA CIRUGÍA U HOSPITALIZACIÓN?

NO

SÍ

SÍ CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE, FAVOR DE EXPLICAR:

---

---

5. ¿EL PACIENTE HA SUFRIDO HERIDAS GRAVES O ACCIDENTES?

---

6. ¿CUÁNDO LE REALIZÓ EL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO AL PACIENTE?

FECHA: \_\_\_\_\_

## EXAMEN FÍSICO

### PRUEBA DE AUDICIÓN:

	<b>OÍDO</b>	<b>DISTANCIA EN METROS</b>
<b>VOZ HABLADA AL OÍDO</b>	DERECHO	_____
	IZQUIERDO	_____
<b>SUSURRO AL OÍDO</b>	DERECHO	_____
	IZQUIERDO	_____

1. DIRECCIÓN DEL SONIDO: \_\_\_\_\_

2. SENTIDO DE DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

(IMPORTANTE: COMPRUEBE LA HABILIDAD PARA DETERMINAR LA DIRECCIÓN DE DONDE PROVIENE EL SONIDO)

3. BALANCE DE COORDINACIÓN: \_\_\_\_\_

4. EVIDENCIA DE ENFERMEDAD DE PULMÓN: \_\_\_\_\_

5. EVIDENCIA DE ENFERMEDAD DE CORAZÓN: \_\_\_\_\_

6. PRESIÓN SANGUÍNEA: \_\_\_\_\_

7. ANÁLISIS DE ORINA: \_\_\_\_\_

8. REFLEJO DE RODILLA: \_\_\_\_\_

9. ¿CUÁL CONSIDERA USTED QUE ES LA CAUSA DE LA CEGUERA DEL SOLICITANTE?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. FAVOR DE DETALLAR TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA EL SOLICITANTE:

<b>MEDICAMENTO</b>	<b>DOSIS</b>	<b>CONDICIÓN DE ENFERMEDAD</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

11. FAVOR DE INDICAR CUALQUIER OPERACIÓN RECIENTE O PREVISTA Y/O TRATAMIENTO RADICAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOTA: ES IMPERATIVO QUE TENGAMOS LA INFORMACIÓN SOBRE LAS EXIGENCIAS DE UNA DIETA ESPECIAL PARA EL SOLICITANTE.

12. ¿EL SOLICITANTE ES FUMADOR O NO FUMADOR? \_\_\_\_\_

13. ¿LE MOLESTA AL SOLICITANTE QUE OTROS FUMEN EN SU PRESENCIA?

NO

SÍ

14. ¿TIENE EL SOLICITANTE PROYECCIÓN DE LUZ? \_\_\_\_\_

OJO DERECHO \_\_\_\_\_

OJO IZQUIERDO \_\_\_\_\_

15. EN SU OPINIÓN, ¿PUEDE EL SOLICITANTE CAMINAR DE PRISA DURANTE UNA HORA DOS VECES AL DÍA? \_\_\_\_\_

16. ¿TIENE EL SOLICITANTE USO COMPLETO DE SU MANO Y BRAZO IZQUIERDO? \_\_\_\_\_

17. EN SU OPINIÓN, ¿CUÁL ES LA ESTABILIDAD EMOCIONAL DE ESTE SOLICITANTE? \_\_\_\_\_

---

**SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO**

**DATOS DEL MÉDICO:  
(FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

PAÍS: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO MÉDICO: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

CONTESTACIONES EXPLÍCITAS A TODAS LAS PREGUNTAS; PUEDEN EVITAR FUTUROS MALOS RATOS AL SOLICITANTE, SI NO ESTUVIESE FÍSICAMENTE CAPACITADO PARA REALIZAR EL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE PERRO-GUÍA.

COMENTARIOS DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

SI ES DIABÉTICO, PROPORCIONE LOS DATOS MÉDICOS; CLASE DE INSULINA Y DOSIS: \_\_\_\_\_

- ADEMÁS INCLUYA UNA COPIA DE SU DIETA.

**NOTA: TODOS LOS GASTOS MÉDICOS PERSONALES SON RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE.**

# ACUERDO DE ENTERADO

ESTOY CONCIENTE QUE LA ESCUELA DE PERROS GUÍA ECUATORIANOS, EPGE, NO TIENE RESPONSABILIDAD ALGUNA EN CASO DE ACCIDENTE DURANTE EL PERIODO DE MI ENTRENAMIENTO. AQUÍ LIBERO DE TODA RESPONSABILIDAD A LA ESCUELA DE PERROS GUÍA ECUATORIANOS, EPGE, A SUS DIRECTIVOS Y A SUS EMPLEADOS.

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Actualizaciones del Historial Médico.

Última versión: Octubre de 2018.

**“ESCUELA DE PERROS GUÍA ECUATORIANOS, EPGE.”**

