

ADMINISTRACIÓN Y RETIRO DE PERSONAL

DATOS PERSONALES

DATOS PERSONALES				FOTO
FECHA DE ELABORACIÓN:				
MOTIVO DEL EXAMEN:				
FECHA DE RETIRO (Si aplica) :				
ESM DONDE REALIZA LA FICHA MÉDICA :				
APELLIDOS Y NOMBRES:				EDAD:
GRADO:	ARMA:	UNIDAD MILITAR:	CÉDULA:	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:			PROCEDENTE DE:	
PROFESIÓN:		NOMBRE DEL CONYUGUE:		
ESTADO CIVIL:	NÚMERO DE HIJOS:	EDAD DE LOS HIJOS:		
RELIGIÓN				
DATOS DE NOTIFICACIÓN:				
LUGAR DE RESIDENCIA:		DIRECCIÓN:		
CELULAR DE CONTACTO N 1:		CORREO ELECTRONICO PERSONAL:		
CELULAR DE CONTACTO N 2:				
ANTECEDENTES MÉDICO LABORALES:				
INFORMATIVOS ADMINISTRATIVOS POR LESIONES:				
JUNTAS MÉDICAS ANTERIORES:				
TRIBUNAL MÉDICO ANTERIOR:				

Manifiesto que la información aquí aportada es real, verídica y puede ser consultada en cualquier momento por la autoridad médico laboral o autoridad competente. Soy consciente de las investigaciones disciplinarias y/o penales que se puedan derivar de la verificación, análisis de la información y/o novedades que resulte de la información aportada y manifestada en esta ficha médica.

DE ACUERDO A ARTICULO 12 DEL DECRETO 1796 DE 2000. NULIDAD DE EXÁMENES. "...Si en los exámenes médicos efectuados al personal, en alguno de los eventos del servicio, se comprueba ocultamiento o simulación de enfermedades o lesiones para obtener un dictamen o concepto que no corresponda a la realidad, se considerarán nulos, sin perjuicio de la respectiva acción penal o disciplinaria. En constancia de lo anterior ..."

FIRMA DEL EXAMINADO

POSFIRMA DEL EXAMINADO



huella índice derecho

[illegible]

HÉROES MULTIMISSION
NUESTRA MISIÓN ES COLOMBIA



ADMINISTRACIÓN Y RETIRO DE PERSONAL

TOXICOLÓGICO	
HOSPITALIZACIONES	
TRAUMATICOS	
ALERGICOS	
FARMACOLOGICOS	

ANTECEDENTES FAMILIARES	

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (MUJERES)	
FECHA ULTIMA MUESTRUACION	G _ P _ A _ C _ E _
FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA	
RESULTADO DE LA CITOLOGÍA:	
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN:	

EXAMEN FISICO					
TENSIÓN ARTERIAL	PULSO	TALLA	F RESPIRATORIA	TEMPERATURA	IMC
ORGANO O SISTEMA			OBSERVACIONES		
CABEZA, CARA, CUELLO					
CARDIO PULMONAR					
ABDOMEN					
GENITO-URINARIO					
EXTREMIDADES SUPERIORES					
EXTREMIDADES INFERIORES					
COLUMNA VERTEBRAL					
PIEL Y FANERAS					
NEUROLOGÍA					
OBSERVACIONES					

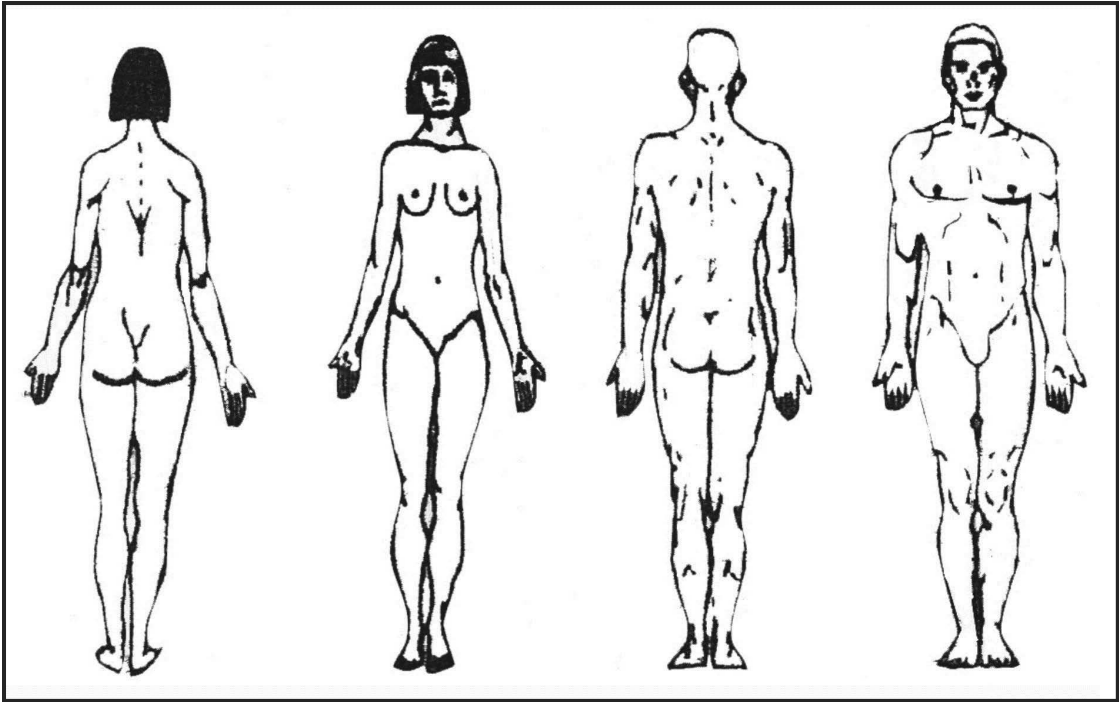
NOMBRE DEL MÉDICO	FIRMA, SELLO Y REGISTRO MÉDICO
ESM	CIUDAD Y FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE
FIRMA

NOTA: * EN CASO DE NO HABER HALLAZGOS, DILIGENCIAR "SIN NOVEDAD" (SIN) O NO APLICA



PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN						
TEXTURA	CARA					
OBESA	CONTORNO	COLOR DE LA PIEL	NARIZ	BOCA	OJOS	BARBA
ROBUSTA	REDONDO	BLANCO	DESVIACIÓN D	GRANDE	NEGRO	SI
ATLÉTICA	OVALADO	TRIGUEÑO	DESVIACIÓN I	MEDIANA	CAFES	NO
MEDIANA	CUADRADO	MORENO	ACHATADA	PEQUEÑA	AZUL	POBLADA
DELGADA	ASIMÉTRICO	AMARILLO	FILEÑA		VERDE	DESPOBLADA
CABELLO					SEÑALES	
COLOR	FORMA		CALVICIE		LUNARES	
NEGRO	LISO		TOTAL		PECAS	
RUBIO	ONDULADO		CORONAL		QUEMADURAS	
ROJIZO	CRESPO		FRONTAL		TATUAJES	
CANO			FRONTOCORONAL		CICATRICES	



SEÑAL	CARACTERÍSTICAS DE LAS SEÑALES

NOMBRE DEL MÉDICO	FIRMA, SELLO Y REGISTRO MÉDICO
ESM	CUIDAD Y FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE
FIRMA

INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA			
LINEA DE SONRISA	PERFIL	LABIOS	ATM
ALTA	CONVEXO	CON SELLE	CLICK ARTICULAR
MEDIA	CONCAVO	SIN SELLE	CREPITACIÓN
BAJA	NORMAL		DOLOR
			NORMAL



VALORACIÓN ODONTOLÓGICA											
11										21	
12										22	
13										23	
14										24	
15										25	
16										26	
17										27	
18										28	
48										38	
47										37	
46										36	
45										35	
44										34	
43										33	
42										32	
41										31	

EXAMEN TEJIDOS BLANDOS		
MUCOSA	SURCO YUGAL	
FRENILLO	ZONA RETROMOLAR	
PISO DE BOCA	EXAMEN TEJIDOS PERIODONTALES	
PALADAR BLANDO	LENGUA	
EXAMEN TEJIDOS DUROS		
TORUS	CLASIFICACION CANINA	
MAX SUPERIOR	CLASIFICACION MOLAR	
MAX INFERIOR	MORDIDA CRUZADA	
	MORDIDA ABIERTA	
SEÑALES PARTICULARES ODONTOLÓGICAS		
ABRASION	TALLA PREPROTESICA	PLACA ORTOPEDIA
BRAKETS	CALCULOS	DIENTE INCLUIDO
EROSION	APIÑAMIENTO	MACRODONCIA
MICRODONCIA	DIASTEMA	SUPERNUMERARIO
NOMBRE DEL ODONTÓLOGO		FIRMA, SELLO Y REGISTRO
ESM		CIUDAD Y FECHA

VALORACIÓN OPTOMETRIA			
AGUDEZA VISUAL			
SIN CORRECCIÓN	OJO	LEJOS	CERCA
	OD		
	OI		
	AO		
CON CORRECCIÓN	OD		
	OI		
	AO		
ESTENOPEICO	OD		
	OI		
	AO		

REFRACCIÓN					
OJO	ESFERA	CILINDRO	EJE GRADOS	AGUDEZA VISUAL LEJOS	AGUDEZA VISUAL CERCA
OD					
OI					

OFTALMOSCOPIA		HETEROFORIAS	
OD		LEJOS	
OI		CERCA	



HÉROES MULTIMISIÓN

NUESTRA MISIÓN ES COLOMBIA



HÉROES MULTIMISIÓN
NUESTRA MISIÓN ES COLOMBIA



ADMINISTRACIÓN Y RETIRO DE PERSONAL

MANO DERECHA				
1. Pulgar	2. Indice	3. Medio	4. Anular	5. Meñique
MANO IZQUIERDA				
1. Pulgar	2. Indice	3. Medio	4. Anular	5. Meñique
MANO IZQUIERDA		MANO DERECHA		
PULGAR		PULGAR		
IMPRESIÓN SIMULTÁNEA		IMPRESIÓN SIMULTÁNEA		

ANEXOS:

- * Anexar oficio solicitando al Señor Director de Sanidad Ejército, la calificación de la Ficha Médica por parte de la
- * Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía ampliada al 150%.
- * Para el proceso de retiro del personal: Anexar Resolución de Retiro u Orden Administrativa de Personal de acuerdo al grado.
- * Se debe anexar a este formato de Ficha Médica Unificada Administración y Retiro de Personal, los exámenes de Creatinina, Serología, y Parcial de orina.

HÉROES MULTIMISSION
NUESTRA MISIÓN ES COLOMBIA

Fe en la causa
DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO
Carrera 7 No. 52-48
Bogotá - Colombia
Teléfono 4261434
www.disanejercito.mil.co - disanejc@ejercito.mil.co

