



EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO
FICHA MÉDICA VINCULACIÓN - INCORPORACIÓN REINTEGRO



DATOS PERSONALES FECHA _____

APELLIDOS Y NOMBRES				SEXO		FOTO 3X4 FONDO BLANCO SIN ANTEOJOS Y SIN GORRA
GRADO	ARMA	UNIDAD MILITAR	CÉDULA			
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	PROCEDENTE DE			
ESTADO CIVIL	NOMBRE DEL CÓNYUGE		NOMBRE DE LOS PADRES			
	NÚMERO DE HIJOS		EDAD DE LOS HIJOS			
LUGAR DE RESIDENCIA		DIRECCIÓN		TELÉFONO		GRUPO SANGUÍNEO RH
EPS		ESM DONDE SE REALIZA HC				
MÉDICO PARTICULAR (TEL.)			ODONTÓLOGO PARTICULAR (TEL.)			
ESCOLARIDAD ____ BÁSICA SECUNDARIA ____ UNIVERSITARIO			RELIGIÓN		ETNIA: _____ blanca, negra, mestiza, oriental, indígena	
			____ TÉCNICO ____ POSGRADO			

DATOS OCUPACIONALES

MOTIVO DEL EXAMEN		PROFESIÓN			
MILITARES HA SIDO ESCALAFONADO EN EL CUERPO LOGÍSTICO		SI _____	NO _____	FECHA	
CAMBIO DE ARMA DD/MM/AA _____					
CARGO (ASPIRA O ACTUAL)	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	HORAS	LA-BORALES		
FUNCIONES DEL CARGO		EMPLEOS TENIDOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (fecha de retiro)			
		EN CUÁL PERMANECIÓ MÁS TIEMPO (MESES)			

ANAMNESIS

CONDICIÓN AL INGRESO

ANTECEDENTES PERSONALES (MARQUE CON UNA X ESPECIFICANDO LA FECHA DE APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD)

ENFERMEDAD	OBSERVACIONES
____ DIABETES ____ ASMA ____ EPILEPSIA ____ ÚLCERA ____ VENÉREAS ____ EPILEPSIA ____ TUMORES ____ FRACTURAS ____ FORUNCOLOSIS ____ GASTRITIS ____ INTENTO SUICIDIO ____ SUEÑO TRANQUILO ____ DEPRESIÓN ____ HIPERTENSIÓN ____ PERTURBACIONES EN EL OÍDO ____ PERTURBACIONES VÍAS DIGESTIVAS ____ INFECCIONES URINARIAS ____ AMNESIA ____ HEMORROIDES ____ PARÁLISIS ____ TRANSTORNOS HEMATOLÓGICOS ____ ARTRITIS ____ DEFICIENCIA HEPÁTICA ____ ENFERMEDAD CORONARIA ____ ENFERMEDAD MENTAL ____ ADICCIÓN (ALCOHOL, NARCÓTICOS) <td></td>	



APELLIDOS Y NOMBRES: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES (MARQUE CON UNA X)

ENFERMEDAD	PRESENTA	FAMILIAR
CÁNCER		
DIABETES		
HIPERTENSIÓN		
CARDIOPATÍAS		
ALERGIAS		
ASMA		
AUTOINMUNES		
ARTRITIS		
ENFERMEDADES RENALES		
ENFERMEDADES MENTALES		

UTILIZA ANTEOJOS
SI _____ NO _____

LATERALIDAD
DIESTRO _____ SURDO _____

ES UD. GEMELO
SI _____ NO _____

OBSERVACIONES _____

ANTECEDENTE	(+) o (-)	FECHA	OBSERVACIONES
QUIRÚRGICOS			
TÓXICOS			
TRAUMÁTICO-HOSPITALARIOS			
TRANSFUCIONALES			
ESTOMATOLÓGICOS			
PRÓTESIS FUNCIONALES			

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (MUJERES)

EDAD DE LA MENARQUIA	GESTACIÓN: _____	PARTO: _____	ABORTO: _____	VIVOS: _____	CESÁREA: _____
MENSTRUACIÓN DOLOROSA	SI: _____ NO: _____	MENSTRUACIÓN IRREGULAR	SI: _____ NO: _____		
FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA	ANUAL: _____		SEMESTRAL: _____		
RESULTADO DE LA CITOLOGÍA: _____					
HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR ALGUNA PATOLOGÍA:		SI: _____	NO: _____	CUÁL: _____	
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN: _____					

POR MI PALABRA DE HONOR DOY FE DE QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERAZ Y AUTORIZO AL PERSONAL MÉDICO, HOSPITALES, ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD PARA QUE UTILICEN LA INFORMACIÓN PARA LOS FINES MÉDICO- LEGALES QUE CONSIDEREN CONVENIENTES

FIRMA DEL EXAMINADO _____

EXAMEN CLÍNICO

ESTATURA	PESO	PULSO	TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA
----------	------	-------	------------------	-------------

(MARQUE CON UNA X) FECHA DEL EXAMEN: _____

ÓRGANO O SISTEMA	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES
CABEZA, CARA, CUELLO Y CUERO CABELLUDO			
NARIZ Y SENOS			
BOCA Y GARGANTA			
OÍDOS			
OJOS			
PULMONES Y TÓRAX			
CORAZÓN Y VASOS GRANDES			
SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO			
SISTEMA LINFÁTICO			
ABDOMEN Y VÍSCERAS			
ANO Y RECTO			
SISTEMA ENDOCRINO			
GENITO-URINARIO			
EXTREMIDADES SUPERIORES			
EXTREMIDADES INFERIORES			
COLUMNA VERTEBRAL			
PIEL Y FANERAS			
NEUROLOGÍA			
TACTO RECTAL			
TACTO VAGINAL (mujeres)			

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

CONTEXTURA	CARA				
	CONTORNO	COLOR DE LA PIEL	PARTICULARIDAD	NARIZ	BOCA
☐ OBESA ☐ ROBUSTA ☐ ATLÉTICA ☐ MEDIANA ☐ DELGADA PESO ____ kg.	☐ REDONDO ☐ OVALADO ☐ CUADRADO ☐ ASIMÉTRICO	☐ ALBINO ☐ BLANCO ☐ TRIGUEÑO ☐ NEGRO ☐ MORENO ☐ AMARILLO	☐ ACNÉ ☐ CICATRIZ ACNÉ ☐ MANCHADA ☐ PECOSA	☐ DESVIACIÓN DERECHA ☐ DESVIACIÓN IZQUIERDA ☐ ACHATADA ☐ OPERADA	☐ GRANDE ☐ MEDIANA ☐ PEQUEÑA

OJOS		BARBA	SI ____ NO ____	BIGOTE	SI ____ NO ____
COLOR	PARTICULARIDAD	CAPILARIDAD		CAPILARIDAD	
☐ MIEL	☐ OJO VIDRIO	☐ POBLADA		☐ POBLADA ☐ DESPOBLADO	
☐ CAFES	☐ FALTA OJO IZQUIERDO	☐ DESPOBLADA			
☐ GRISES	☐ FALTA OJO DERECHO			PARTICULAR	
☐ AZULES	☐ DIFERENTE COLOR	PARTICULARIDAD			
☐ VERDES	☐ PARPADO CAÍDO	☐ CANO		☐ CANO ☐ ENTRECANO	
TAMAÑO		☐ ENTRECANO			
☐ GRANDES	☐ CATARATA			OREJAS	
☐ MEDIANOS	☐ BIZCO			☐ PELUDAS ☐ PERFORADAS	
☐ PEQUEÑOS	☐ CIEGO			☐ PROTESIS AUDITIVA	

COLOR	CABELLO		CALVICIE
	FORMA		
☐ ALBINO	☐ LACIO		TOTAL
☐ CANO	☐ LISO		CORONAL
☐ ENTRECANO	☐ ONDULADO		FRONTO CORONAL
☐ RUBIO	☐ LANOSO		FRONTAL
☐ CASTAÑO	☐ CRESPO		BILATERAL
☐ ROJIZO			
☐ NEGRO			
☐ TINTURADO COLOR			

SEÑALES PARTICULARES			
TIPO	SI	UBICACIÓN	CARACTERÍSTICAS
LUNARES			
PECAS			
MANCHAS			
QUEMADURAS			
TATUAJES			
CICATRICES			
HERIDAS CICATRIZACIÓN			
PRÓTESIS			
MALFORMACIONES			
DISCAPACIDADES			
AMPUTACIONES			
PRESENTA ESTRÍAS			
CALLOSIDADES			
AUSENCIA DE UÑAS			
VELLOSIDAD			
FRACTURAS CON MATERIAL DE OSTEO-SIONTESIS			
FRACTURAS SIN MATERIAL DE OSTEO-SIONTESIS			
CIRCUNCISIÓN			
LIGADURA DE TROMPAS			
VASECTOMÍA			
APENDICECTOMÍA			
NEFRECTOMÍA			

PARTES ARTIFICIALES DEL CUERPO

_____ MARCAPASOS _____ TORNILLOS _____ PRÓTESIS EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO

DISTRIBUCIÓN GRÁFICA

MARQUE DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONVENCIONES EL SITIO DONDE USTED LOCALIZA CON EXACTITUD LAS SEÑALES PARTICULARES, EN LA PARTE DEL GRÁFICO DESCRIBA CLASE Y FORMA DE LA SEÑAL DE REFERENCIA, ASÍ:

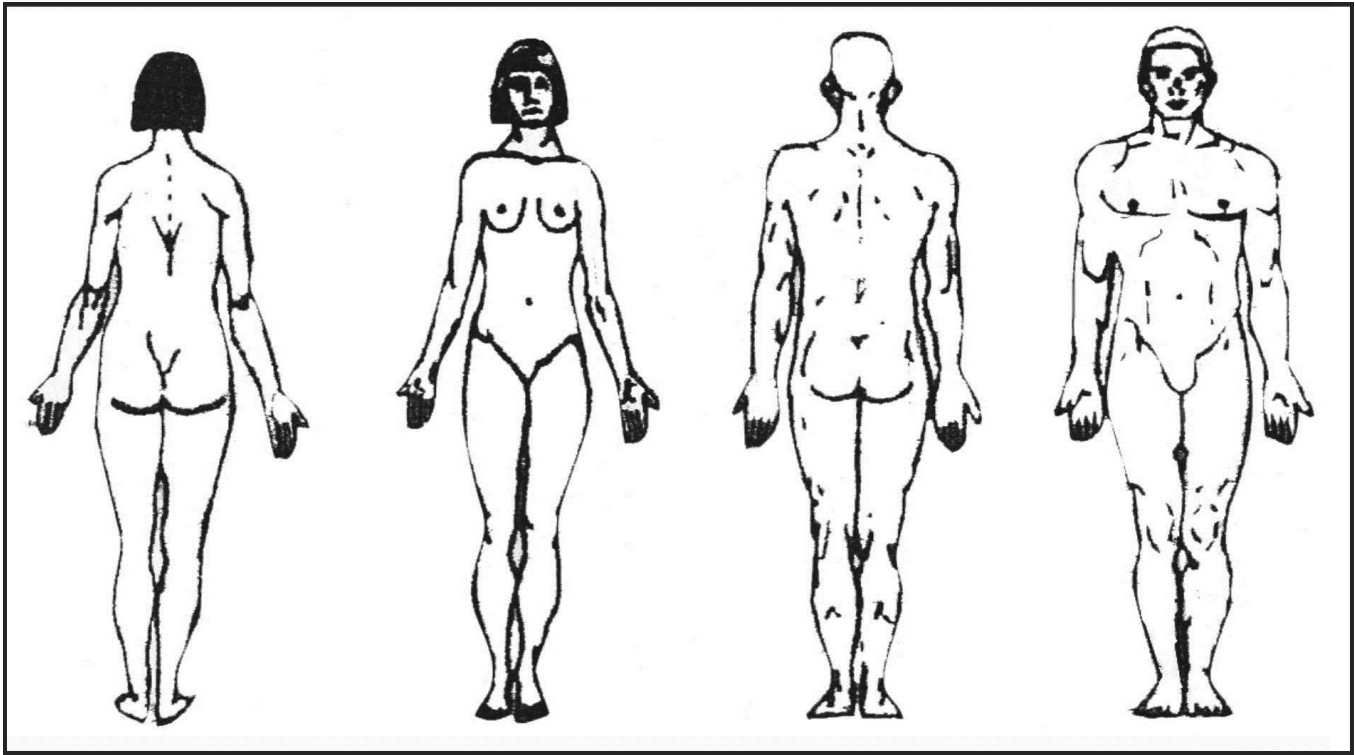
HÉROES MULTIMISIÓN
NUESTRA MISIÓN ES COLOMBIA





APELLIDOS Y NOMBRES: _____

TATUAJES	<T>	CICATRICES	<C>	LUNARES	<L>	MANCHAS	<M>
AMPUTACIONES	<A>	MALFORMACIONES	<ML>	QUEMADURAS	<Q>	PRÓTESIS	<P>
VERRUGAS	<V>	FRACTURAS	<F>				



SEÑAL	CARACTERÍSTICAS DE LAS SEÑALES

MÉDICO ELABORÓ: _____ RM: _____

INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA

X	TIPO DE CARA	TIPO DE CRÁNEO	PERFIL	LABIOS	ATM
___ALTA	___LEPTOPROSOPO	___DOLICOCÉFALO	___CONVEXO	___CON SELLE	___CLICKING ARTICULAR
___MEDIA	___MESOPROSOPO	___MESOCÉFALO	___CÓNCAVO	___SIN SELLE	___CREPITACIÓN
___BAJA	___EURIPROSOPO	___BRAQUICÉFALO	___NORMAL		___DOLOR
					___NORMAL

CONVENCIONES: LAS CONVENCIONES ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DEBERÁN SER EMPLEADAS PARA EL DILI-
GNCIAMIENTO DEL ODONTOGRAMA

AA	AUSENTE ANTIGÜO ESPACIO	CE	CORONA MATERIAL ESTÉTICA
AR	AUSENTE RECIENTE	IE	INCRUSTACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE
CC	CARIES+SUPER+G SEVERIDAD	IM	INCRUSTACIÓN METÁLICA+SUPERFICIE
DC	DESTRUCCIÓN CORONAL	OE	OBTURACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE
DL	DESGASTE LEVE	OT	OBTURACIÓN TEMPORAL+SUPERFICIE
DM	DESGASTE MODERADO	PE	PARCIALMENTE ERUPCIONADO
DS	DESGASTE SEVERO	PI	PILAR
EP	ENFERMEDAD PERIODONTAL	PF	PRÓTESIS FIJA
FA	FRACTURA ANTIGÜA+SUPERFICIE	PO	PONTICO
FR	FRACTURA RECIENTE+SUPERFICIE	PR	PRÓTESIS REMOVIBLE
HI	HIPOPLASIA	PT	PRÓTESIS TOTAL
PG	PIGMENTACIÓN	RR	RESTO RADICULAR
RG	RETRACCIÓN GINGIVAL	SF	SELLANTE DE FOSETAS Y FISURAS
SA	SIN ALTERACIÓN	C	CERVICAL
EX	EXTRUIDO	D	DISCAL
IN	INTRUIDO	I	INCISAL
VE	VERSIÓN	L	LINGUAL
RL	ROTACIÓN LEVE	M	MESIAL

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

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

EXAMEN INTRAORAL (TEJIDOS BLANDOS)

MUCOSA: _____
SURCO YUGAL: _____
FRENILLOS: _____
PISO DE BOCA: _____
PALADAR BLANDO: _____
ZONA RETROMOLAR: _____
EXAMEN TEJIDOS PERIODONTALES: _____

EXAMEN TEJIDOS DUROS
PALADAR BLANDO: _____
TORUS: _____
MAXSUPERIOR FORMA: _____ TAMAÑO: _____ HALLAZGO: _____
MAXINFERIOR FORMA: _____ TAMAÑO: _____ HALLAZGO: _____
CLASIFICACIÓN MOLAR: _____ CLASIFICACIÓN CANINA: _____
MORDIDA CRUZADA: SI_ NO_ MORDIDA ABIERTA: SI_ NO

OBSERVACIONES: _____

EXAMEN CRANEOMAXILAR

LINEA MEDIA DENTAL _____ COINCIDE _____ DESVIADA DERECHA _____ DESVIADA IZQUIERDA
PALADAR _____ PARABOIDE _____ EN U _____ CERRADO

SEÑALES PARTICULARES ODONTOLÓGICAS

PRÓTESIS DENTAL, REMOVIBLE, PARCIAL, TRATAMIENTO DE ENDODONCIA Y CIRUGIA (VER PAG. SIGUENTE) DESCRIBIR TIPO DE BRAKETS, BANDAS Y TORNILLOS.

SI OBSERVA ALGINO DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS INCLUIR EN EL PUNTO

AB	ABRASIÓN	AF	ABFRACCIÓN	PL	PLACA ORTOPEDIA
BR	BRAKETS	CA	CALCULOS	DI	DIENTE INCLUIDO
ER	EROSIÓN	AP	APIÑAMIENTO	MA	MACRODONCIA
MI	MICRODONCIA	DA	DIASTEMA	SU	SUPERNUMERARIO
TP	TALLA PREPOTESICA	FI	FRAGMENTO INCOMPLETO	AT	ATRICCIÓN

ODONTÓLOGO ELABORÓ: _____ RM: _____

OJO	VISION A DISTANCIA			REFRACCIÓN	VISIÓN DE CERCA	
DERECHO	20/	CORRIGE A	20/	POR LENT. ESF. CLL	CORRIGE A	CON
IZQUIERDO	20/	CORRIGE A	20/	POR LENT. ESF. CLL	CORRIGE A	CON
HETEROFORIA	ES:			EX:	HIP. DCH.	HIP. IZQ
	PRIM.DIV.			PRM.COM.	PC.	PD
ACOMODACIÓN		VISION DE COLOR		PERCEPCIÓN	SIN CORREGIR	
DERECHO	IZQUIERDO			PROFUNDIDAD	CON CORREC.	
CAMPO VISUAL		VISIÓN NOCTURNA		LENTE ROJO	TENSIÓN INTRAOCULAR	





APELLIDOS Y NOMBRES: _____

TEST ISHIHARA (CONCEPTO): _____

OPTÓMETRA : _____ REGISTRO: _____

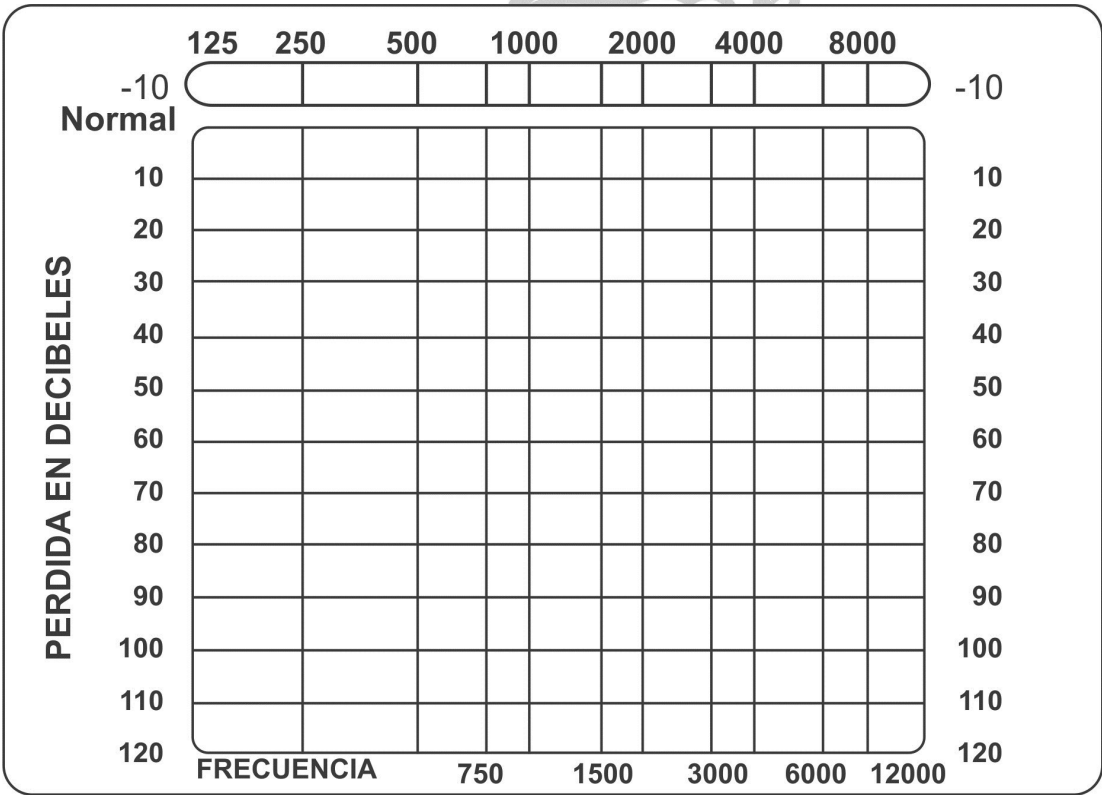
EXAMEN AUDIOLÓGICO

OTOSCOPIA OÍDO DER. _____ OÍDO IZQ. _____

WEBER AUDIOMÉTRICO

500Hz	1.000Hz	2.000Hz	4.000Hz

AUDIOMETRÍA TONAL



OBSERVACIONES: _____

CONVENCIONES

convenciones	OD	OI
	Rojo	Azul
Vía aérea	○	X
Vía ósea	[	]
Aérea con enmascaramiento	△	□

TIPO DE RUIDO

- ___ HELICOPTEROS
- ___ VEHICULOS PESADOS
- ___ AVIONES NO PRESURIZADOS
- ___ PIEZAS ODONTOLÓGICAS
- ___ POLÍGONOS/AREAS DE INSTRUCCION
- ___ RUIDOS DE MAQUINARIA
- ___ COMBATE
- ___ MOTOS
- ___ RUIDOS SOCIALES (MP3, DISCOTECAS)

FONOAUDIÓLOGO : _____ REGISTRO: _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

PSICOLOGÍA

REÚNE PERFIL

NO REÚNE PERFIL

JUSTIFICACIÓN:

REQUIERE VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA

SI____ NO____

PSICÓLOGO: _____ REGISTRO: _____

MEDICINA LABORAL (CONCEPTO)

CALIFICADOR: _____ **REGISTRO:** _____

HÉROES MULTIMISIÓN
NUESTRA MISIÓN ES COLOMBIA

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

RESEÑA DACTILOSCÓPICA

FÓRMULA DACTILOSCÓPICA PRIM _____ 2 SEC _____ 4 MED _____ 5 MAY _____ 7 FIN _____ 0 CLAVE _____

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

EXÁMENES PARACLÍNICOS

EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA HISTORIA CLÍNICA TODO EL PERSONAL DEBERÁ ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: COPIA DE SU CARNÉ DE VACUNACIÓN.

EL PERSONAL FEMENINO DEBERÁ TRAER LA ÚLTIMA CITOLOGÍA REALIZADA.

EL PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS DEBERÁ REALIZARSE CADA 3 MESES, COPROLÓGICO, PARCIAL DE ORINA.

EL PERSONAL QUE ESTÁ EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES DEBERÁ REALIZARSE SEMES-

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 - disaneic@ejercito.mil.co
Twitter: @Ejército_Disán

