





**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE LAS AMÉRICAS**

Departamento de Salud y Seguridad Laboral

**Formulario de Evaluación Clínica**

Código Documental: **FO-SSL-03** Versión: **1** Fecha de actualización: **1-Feb-20** Página: **2 de 2**

(FAVOR LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO EN LETRAS DE MOLDE Y CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE)

**ANTECEDENTES HEREDERO-FAMILIARES**  
VIVO: DE QUE SUFRE FALLECIDO: CAUSA

**PADRE**

**MADRE**

**HERMANOS**

**ABUELOS**

**ASPECTOS PSICOSOCIALES**

**LUGAR DE NACIMIENTO**

**VIVIENDA**

**TIPO DE CONSTRUCCION**

BLOCKS

ZINC

MADERA

**SERVICIOS**

AGUA

BASURA

EXCRETAS

**EDUCACION (GRADO AL QUE LLEGO)**

**OCUPACION**

**ALIMENTACION**

**ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZA (TIPO Y FRECUENCIA)**

**HABITOS TOXICOS**  
TIPO, CANTIDAD, FRECUENCIA, TIEMPO

**ALCOHOL**

**TABACO**

**CAFÉ**

**MEDICAMENTOS**

**DROGAS**

**EXAMEN FISICO**

**TALLA**

**PESO**

REALIZADO POR \_\_\_\_\_