34. **CORAZÓN:**

a) Es el ritmo regular SÍ _____ NO _____

b) Frecuencia cardiaca (por minuto) _____

1. Sentado y descansado _____

2. Inmediatamente después de 10 genuflexiones vigorosas _____

3. Tres minutos después del ejercicio _____

c) Extrasístoles, indicar numero y su comportamiento con el ejercicio _____

d) La punta del corazón: Donde la localiza? _____

A que distancia de la línea media esternal? _____ cm.

e) Hay datos anormales a la palpación? (fremitos, frotes, etc.) _____

f) Es normal la auscultación en los focos clásicos? SÍ _____ NO _____

(Si existen soplos o ruidos anormales, detallar) _____

BRAZO: Derecho _____ Izquierdo _____

2da. Lectura

Acostado _____/ _____ _____/ _____

De Pie _____/ _____ _____/ _____

35. **PULSO:**

a) Están presentes los pulsos radiales? SÍ _____ NO _____

b) Están presentes los pulsos pedios? SÍ NO

36. **TORAX** Aparato Respiratorio:

Inspección:

a) La forma y el volumen son normales? SÍ _____ NO _____

b) Es igual la expansión de los dos lados? SÍ _____ NO _____

Auscultación:

a) Hay disnea? SÍ _____ NO _____

b) Encuentra Ud. otros signos anormales? SÍ _____ NO _____

c) Hay ronquera o alteración de la voz? SÍ NO

37. **ABDOMEN**:

a) Encuentra patología en el hígado, bazo región apendicular, vesícula biliar, riñones, etc.? _____

b) Hay hernia? De que tamaño? Sitio? Es irreducible? _____

38. **OJOS:**

	Derecho	Izquierdo
a) Estado anatómico?	_____	_____
b) Estado de la visión?	_____	_____
PUPILA:		
c) De forma circular?	_____	_____
d) De tamaño normal?	_____	_____
e) El reflejo de la luz es normal o esta disminuido o abolido?	_____	_____
OIDOS:		
f) El estado de la audición es normal ?	_____	_____

39. **EXAMEN DE ORINA:**

La muestra deberá ser remitida al Laboratorio por el Medico Examinador.

La envío?

SÍ _____ NO _____

39. **EXISTEN ANORMALIDADES EN:**

			FAVOR DETALLAR
a) Sistema nervioso (investigar reflejos)	SÍ _____	NO _____	_____
b) Aparato respiratorio superior.	SÍ _____	NO _____	_____
c) Cuello: tiroides, paratiroides, ganglios linfaticos	SÍ _____	NO _____	_____
d) Boca. (Lengua, amigdalas, dentadura, etc)	SÍ _____	NO _____	_____
e) Ojos. Fondo de ojo	SÍ _____	NO _____	_____
f) Oidos.	SÍ _____	NO _____	_____
g) Arterias y venas superficiales.	SÍ _____	NO _____	_____
h) Piel, musculos, huesos, articulaciones.	SÍ _____	NO _____	_____
i) Mamas, axilas, genitales, ingles.	SÍ _____	NO _____	_____
j) En cualquier otra parte del cuerpo	SÍ _____	NO _____	_____

40. **CONCLUSION**

A mi juicio, la Compañía debe considerar el riesgo como:

NORMAL _____ Sub. Normal _____ Dudoso _____

Porque? _____

41. Certifico haber examinado cuidadosamente a _____

Privadamente en mi clinica a las _____ horas de este dia.

Guatemala ;_____de_____ de_____.

Nombre de Medico Examinador: _____

Sello y firma _____

Firma Propuesto Asegurado

Teléfono: _____ Colegiado Activo No. _____