

REPORT OF MEDICAL EXAMINATION

1. LAST NAME—FIRST NAME—MIDDLE NAME GARCIA, CRISPIN LUCIO			2. GRADE AND COMPONENT OR POSITION	3. IDENTIFICATION NO.
4. HOME ADDRESS (Number, street or R.F.D., city or town, zone and State)			5. PURPOSE OF EXAMINATION	6. DATE OF EXAMINATION 21 Oct 60 REVIEW
7. SEX M	8. RACE W	9. TOTAL YEARS GOVERNMENT SERVICE MILITARY _____ CIVILIAN _____	10. AGENCY	11. ORGANIZATION UNIT
12. DATE OF BIRTH 5-23-34	13. PLACE OF BIRTH CUBA		14. NAME, RELATIONSHIP, AND ADDRESS OF NEXT OF KIN	
15. EXAMINING FACILITY OR EXAMINER, AND ADDRESS			16. OTHER INFORMATION	
17. RATING OR SPECIALTY			TIME IN THIS CAPACITY (Total)	LAST SIX MONTHS

CLINICAL EVALUATION		ABNOR- MAL
<input checked="" type="checkbox"/> 18. HEAD, FACE, NECK AND SCALP		
<input checked="" type="checkbox"/> 19. NOSE		
<input checked="" type="checkbox"/> 20. SINUSES		
<input checked="" type="checkbox"/> 21. MOUTH AND THROAT		
<input checked="" type="checkbox"/> 22. EARS—GENERAL (Hed. & ext. canals) (Audiometer results under items 70 and 71)		
<input checked="" type="checkbox"/> 23. DRUMS (Perforation)		
<input checked="" type="checkbox"/> 24. EYES—GENERAL (Visual acuity and refraction under items 28, 40 and 41)		
<input checked="" type="checkbox"/> 25. OPHTHALMOSCOPIC		
<input checked="" type="checkbox"/> 26. PUPILS (Equality and reaction)		
<input checked="" type="checkbox"/> 27. OCULAR MOTILITY (Associated paralytic muscle palsies, nystagmus)		
<input checked="" type="checkbox"/> 28. LUNGS AND CHEST (Include breasts)		
<input checked="" type="checkbox"/> 29. HEART (Thrust, size, rhythm, sounds)		
<input checked="" type="checkbox"/> 30. VASCULAR SYSTEM (Varicosities, etc.)		
<input checked="" type="checkbox"/> 31. ABDOMEN AND VISCERA (Include hernia)		
<input checked="" type="checkbox"/> 32. ANUS AND RECTUM (Hemorrhoids, fistulas, fissures, if indicated)		
<input checked="" type="checkbox"/> 33. ENDOCRINE SYSTEM		
<input checked="" type="checkbox"/> 34. G-U SYSTEM		
<input checked="" type="checkbox"/> 35. UPPER EXTREMITIES (Strength, range of motion)		
<input checked="" type="checkbox"/> 36. FEET		
<input checked="" type="checkbox"/> 37. LOWER EXTREMITIES (Bony feet) (Strength, range of motion)		
<input checked="" type="checkbox"/> 38. SPINE, OTHER MUSCULOSKELETAL		
<input checked="" type="checkbox"/> 39. IDENTIFYING BODY MARKS, SCARS, TATTOOS		
<input checked="" type="checkbox"/> 40. SKIN, LYMPHATICS		
<input checked="" type="checkbox"/> 41. NEUROLOGIC (Equilibrium tests under item 72)		
<input checked="" type="checkbox"/> 42. PSYCHIATRIC (Specify any personality deviation)		
<input checked="" type="checkbox"/> 43. PELVIC (Females only) (Check how done)		
<input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL		

NOTES (Describe every abnormality in detail. Enter pertinent item number before each comment. Continue in item 73 and use additional sheets if necessary.)

(Continue in item 73)

44. DENTAL (Place appropriate symbols above or below number of upper and lower teeth, respectively.)																	REMARKS AND ADDITIONAL DENTAL DEFECTS AND DISEASES None	
O—Restorable teeth I—Nonrestorable teeth X—Missing teeth XXX—Replaced by dentures (X's)—Fixed bridge, brackets to include adjustments																		
R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		L
I G H T	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		F T

LABORATORY FINDINGS

45. URINALYSIS: A. SPECIFIC GRAVITY 1.016		46. CHEST X RAY (Place, date, film number and result) 25 Oct 60	
B. ALBUMIN neg		D. MICROSCOPIC neg	
C. SUGAR neg		48. EKG 764	
47. SEROLOGY (Specify test used and result) 709 VDRL 9 Oct 60		49. BLOOD TYPE AND RH FACTOR Act 48%	
50. OTHER TESTS			

BEST COPY AVAILABLE

Approved for Release
Date **196** **1997**

48

MEASUREMENTS AND OTHER FINDINGS

51. HEIGHT 5.6	52. WEIGHT 141	53. COLOR HAIR Black	54. COLOR EYES Brown	55. BUILD <input type="checkbox"/> SLENDER <input checked="" type="checkbox"/> MEDIUM <input type="checkbox"/> HEAVY <input type="checkbox"/> OBSE	56. TEMPERATURE 98.6	
57. BLOOD PRESSURE (Arm at heart level)			58. PULSE (1.5 min at heart level)			
A. SITTING SYS 115 DIAS. 70	B. RECUMBENT SYS 115 DIAS. 70	C. STANDING (3 min) SYS 115 DIAS. 70	A. SITTING 70	B. AFTER EXERCISE 108	C. 2 MIN AFTER 72	
59. DISTANT VISION			60. REFRACTION			
RIGHT 20/20	CORR TO 20/	BY	S.	OX	CORR TO BY	
LEFT 20/20	CORR TO 20/	BY	S.	OX	CORR TO BY	
62. HETEROPHORIA (Specify distance)						
ES*	EX*	R. H.	L. H.	PRISM DIV.	PRISM COMB. CT	
63. ACCOMMODATION		64. COLOR VISION (Test used and result)		65. DEPTH PERCEPTION (Test used and score)		
RIGHT Normal	LEFT Normal	Normal		UNCORRECTED		
66. FIELD OF VISION		67. NIGHT VISION (Test used and score)		68. RED LENS TEST		
		Normal - (Clinical)		69. INTRAOCULAR TENSION		
70. HEARING		71. AUDIOMETER				72. PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOMOTOR (Tests used and score)
RIGHT WY 15/15 SV 15/15		250 218	500 218	1000 1081	3000 2012	
LEFT WY 15/15 SV 15/15						
		RIGHT				
		LEFT				

None

(Use additional sheets if necessary)

74. SUMMARY OF DEFECTS AND DIAGNOSES (List diagnoses with item numbers)

None

75. RECOMMENDATIONS—FURTHER SPECIALIST EXAMINATIONS INDICATED (Specify)

None

76. A. PHYSICAL PROFILE

P	U	L	H	E	S

B. PHYSICAL CATEGORY

A	B	C	E

77. EXAMINEE (Check)

A. IS QUALIFIED FOR
B. IS NOT QUALIFIED FOR

78. IF NOT QUALIFIED, LIST DISQUALIFYING DEFECTS BY ITEM NUMBER

79. TYPED OR PRINTED NAME OF PHYSICIAN
Alex. G. JOTH, M.D.

SIGNATURE
Alex. G. Joth

80. TYPED OR PRINTED NAME OF PHYSICIAN

SIGNATURE

81. TYPED OR PRINTED NAME OF DENTIST OR PHYSICIAN (Indicate which)

SIGNATURE

82. TYPED OR PRINTED NAME OF REVIEWING OFFICER OR APPROVING AUTHORITY

SIGNATURE
J. D. ...

NUMBER OF ATTACHED SHEETS

6. (continúa)

Sí	No	(Conteste en todos los casos)	Par.
	X	Afecciones de los ojos	
	X	Afecciones del estómago	
		Reumatismo (artritis)	P. 2. 2.
	X	Asma, fiebre de heno, urticaria	
	X	Epilepsia (ataques)	
	X	Muerte por suicidio	
	X	Demencia	

¿Ha padecido o padece usted alguna de las siguientes causas? Marque con X en la columna "Sí" o "No" a la izquierda.

Sí	No	(Conteste en todos los casos)	Sí	No	(Conteste en todos los casos)
	X	Escarlatina, erisipela		X	Sinusitis
	X	Difteria		X	Fiebre de heno
	X	Fiebre reumática		X	Bocio
	X	Coyunturas hinchadas o doloridas		X	Tuberculosis
	X	Parotiditis contagiosa		X	Sudores excesivos (Sudores nocturnos)
	X	Tos ferina		✓	Asma
	X	Dolor de cabeza frecuente o fuerte		X	Falta de respiración
	X	Vértigo o síncope		X	Dolor o presión en el pecho
	X	Afecciones de los ojos		X	Tos crónica
	X	Afecciones de nariz, oído o garganta		X	Palpitación del corazón
	X	Supuración de los oídos		X	Presión sanguínea alta o baja
	X	Catarro crónico o frecuente		X	Calambre de las piernas
	X	Afecciones severas de la dentadura o las encías		X	Indigestión frecuente

7. (continuación)

Si	No			(Cont: ... todo)
	X	Afecciones de los ojos		Pérdida de brazo, pierna, o de la mano o del pie
	X	Cálculo biliar o afecciones de la vesícula		Hombro o codo dolorido o dislocable
	X	Ictericia	X	Podría decirse que no tiene
	X	Reacción a sueros, drogas o medicamentos	X	Afecciones de los pies
	X	Tumor, quiste o cáncer	X	Neuritis
	X	Hernia	X	Parálisis (incluso infantil)
	X	Apendicitis	X	Epilepsia o ataques
	X	Hemorroides o afecciones del recto	X	Mareo en coche, tren, vapor o avión
	X	Micción frecuente o dolorosa	X	Pérdida frecuente de sueño
	X	Cálculo renal u orina sanguinolenta	X	Pesadillas frecuentes o espantosas
	X	Azúcar o albúmina en la orina	X	Depresión o excesiva ansiedad
	X	Diviesos	X	Pérdida de la memoria, amnesia
	X	Enfermedades venéreas	X	Orinar en la cama
	X	Aumento o pérdida reciente de peso	X	Cualquier afección nerviosa
	X	Artritis o reumatismo	X	Adicción cualquiera a drogas o narcóticos
	X	Deformidad ósea o de las coyunturas	X	Estrididad
	X	Cojera	X	Tendencia homosexual

8. Marque "Si" o "No" si alguna vez ha hecho o le ha sucedido lo siguiente:

Si	No		Si	No	
		Usado anteojos (gafas)			Tratado de suicidarse
		Usado un ojo postizo			Sido sonámbulo
		Usado un audífono (para sordera)			Vivido con un tuberculoso
		Tartamudeado			Escupido sangre
		Usado un soporte para la espalda			Sangrado en exceso por herida o extracción

9. ¿Cuántos empleos ha tenido en los últimos años?

10. ¿A qué se dedica usted normalmente?

Piloto

12. ¿Es usted derecho o zurdo?

Si

13. Marque "Si" o "No" en cada caso a continuación. Si contesta "Si" explique con detalles en el espacio a la derecha.

Si No

		14. ¿Ha tenido que dejar algún empleo por
	X	a. ser sensible a agentes químicos, polvo, sol, etc.?
	X	b. no poder hacer ciertos movimientos?
	X	c. no poder asumir ciertas posiciones?
	X	d. otras razones médicas? En tal caso, dígalas.
	X	15. ¿Ha trabajado con sustancias radiactivas?
	V	16. ¿Tuvo dificultades con sus estudios o profesores? Explique.
	V	17. ¿Le ha sido negado empleo por motivos de salud? Explique.
	X	18. ¿Le ha sido rehusado seguro de vida? En tal caso dé los motivos y explique.
	V	19. ¿Ha tenido o le han aconsejado operación quirúrgica? En tal caso, diga causa y a qué edad.
	X	20. ¿Ha estado internado voluntaria o involuntariamente en un manicomio u hospital mental? Si lo ha estado, diga dónde, cuándo, por qué, nombre del médico y dirección completa del hospital o clínica.
	X	21. ¿Ha tenido enfermedades o heridas aparte de las ya dichas? En tal caso, diga dónde, cuándo y explique.