

EXAMEN MEDICO

FECHA DE REVISIÓN

1.- DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA ESCUELA:				CLAVE:			
DOMICILIO:		DELEGACIÓN:					
TELÉFONO:	TURNO:	GRADO:		NIVEL ESCOLAR:			
NOMBRE DEL ALUMNO:			SEXO:				
FECHA DE NACIMIENTO O "CURP":		UNIDAD MEDICA QUE LO ATIENDE:					
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:							
DOMICILIO:				TELÉFONO:			

2.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES (Información proporcionada por el padre o tutor)

No.	PATOLOGÍA	1°	2°	3°	No.	PATOLOGÍA	1°	2°	3°
01	TUBERCULOSIS				09	ALCOHOLISMO			
02	CARDIOPATÍAS				10	OBESIDAD			
03	HIPERTENSIÓN				11	HEPATITIS			
04	EPILEPSIA				12	TOXICOMANIAS			
05	ENF. MENTAL O NERVIOSA				13	ONCOLÓGICOS			
06	DIABETES				14	REUMÁTICOS			
07	TABAQUISMO				15	OTRAS			
08	HEMOFÍLICOS				16	NIEGA ANTECEDENTES			

3.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (Información proporcionada por el padre o tutor)

No.	PATOLOGÍA	1°	2°	3°	No.	PATOLOGÍA	1°	2°	3°
01	ALERGIAS				12	CONVULSIONES			
02	CARIES				13	MENINGITIS			
03	AMIGDALITIS DE REP.				14	TRAUMATISMOS SEVEROS			
04	RESPIRACIÓN ORAL				15	MUTILACIONES			
05	TOS PERSISTENTE				16	MALFORMACIONES			
06	ASMA				17	ESTRABISMO			
07	TUBERCULOSIS				18	TOXICOMANIAS			
08	CARDIOPATÍAS				19	ALCOHOLISMO			
09	DIARREAS FRECUENTES				20	TABAQUISMO			
10	PARASITOSIS INTESTINAL				21	OTRAS			
11	HEPATITIS				22	NIEGA ANTECEDENTES			

4.- EXAMEN FÍSICO

FC. ()

Fr. ()

Temp. ()

Tipo Sanguíneo ()

PESO	1°	2°	3°	TALLA:	1°	2°	3°	ESQUEMA DE INMUNIZACIONES Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Nulo <input type="checkbox"/>
	Kg	Kg	Kg		cm	cm	cm	

ESTADO NUTRICIONAL			
CONCEPTO	1°	2°	3°
NORMAL			
MALNUTRICIÓN			
LEVE			
MODERADA			
SEVERA			
SOBREPESO			
OBESIDAD			

AGUDEZA VISUAL			
	1°	2°	3°
O.D.	20/	20/	20/
O.I.	20/	20/	20/
CONCEPTO	1°	2°	3°
NORMAL			
DISMINUIDA			
USA LENTES			
OTRAS			

AGUDEZA AUDITIVA			
CONCEPTO	1°	2°	3°
NORMAL			
DISMINUIDA			
PRÓTESIS			
OTRAS			
OÍDO DERECHO	OÍDO IZQUIERDO		

DIGESTIVO			
CONCEPTO	1°	2°	3°
NORMAL			
DIARREA			
PARASITOSIS			
OTRAS			

PROBLEMAS DE DESARROLLO			
CONCEPTO	1°	2°	3°
MALTRATO			
PROB. DE CONDUCTA			
PROB. DE APRENDIZAJE			
PROB. DE LENGUAJE			

CARDIOVASCULAR			
CONCEPTO	1°	2°	3°
NORMAL			
SOPLO FISIOLÓGICO			
SOPLO ORGÁNICO			
ARRITMIAS			
OTRAS			
F. REUMÁTICA			

PIEL			
CONCEPTO	1°	2°	3°
NORMAL			
PIODERMITIS			
V.VULGARES			
PEDICULOSIS			
P. ALBA			
MICOSIS			
ESCABIASIS			
OTRAS			

MÚSCULO ESQUELÉTICO			
CONCEPTO	1°	2°	3°
NORMAL			
ALT. MIEMBRO SUP.			
DEV. COLUMNA			
ROD. VALGO VARO			
PIE PLANO			
EN TRATAMIENTO			
OTRAS			




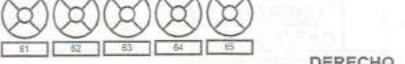
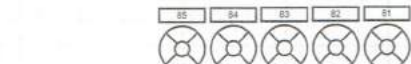



RESPIRATORIO			
CONCEPTO	1°	2°	3°
NORMAL			
RESFRIADO C.			
A. HIPERTROFICAS			
OTITIS			
BRONQUITIS			
ASMA			
OTRAS			

OTROS APARATOS Y SISTEMAS (Diagnóstico)			
CONCEPTO	1°	2°	3°

DIENTES TEMPORALES	CONCEPTO	1°	2°	3°
	A Diente Sano			
	B Diente Cariado			
	C Diente Obturado y Cariado			
	D Diente Obturado sin caries			
	E Diente Ausente			
	F Parodontopatias			
	G Maloclusión			

DIENTES PERMANENTES	CONCEPTO	1°	2°	3°
	0 Diente Sano			
	1 Diente Cariado			
	2 Diente Obturado y Cariado			
	3 Diente Obturado sin caries			
	4 Diente Ausente			
	5 Parodontopatias			
6 Maloclusión				

SALUD BUCAL

ODONTOGRAMA																											
IZQUIERDO														DERECHO													
																											
																											
																											
																											
FECHA DE REVISIÓN _____																											

ESTE DOCUMENTO ES VIGENTE
 DEL _____ DE _____ DE _____
 AL _____ DE _____ DE _____

SELLO INSTITUCIÓN DE SALUD

CLÍNICAMENTE APTO PARA ASISTIR A LA ESCUELA SI () NO ()
 CLÍNICAMENTE APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS DE ESFUERZO SI () NO ()

(NOMBRE, NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA)

5.- DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES (primera revisión)

6.- DERECHO HABIENCIA

CONCEPTO	1°	2°	3°
RECETA			
REFERENCIA			
S.S.P.D.F.			
S.M.Y.U.D.F.			
I.S.S.S.TE			
S.E.P.			
D.I.F.D.F.			
I.M.S.S.			
OTRAS			

7.- DIAGNÓSTICO Y CONCLUSIONES (revisiones subsiguientes)

FECHA	NIVEL ESCOLAR	DIAGNOSTICOS	INST. MÉDICA	NOMBRE, NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO