

EXAMEN MÉDICO.

FECHA DE REVISIÓN: _____

1.- DATOS GENERALES.

NOMBRE DE LA ESCUELA. _____
 DOMICILIO. **XOMPOL No. 51 COL. SAN MATEO XALPA, ALCALDÍA XOCHIMILCO, CDMX, C.P. 16900.** Tel.: **55-5665-5450 EXT. 128**
 TURNO: MATUTINO GRADO: _____ NIVEL ESCOLAR: _____
 NOMBRE DEL ALUMNO. _____ EDAD. _____ SEXO. _____
 FECHA DE NACIMIENTO O CURP. _____ UNIDAD MÉDICA QUE LO ATIENDE. _____
 NOMBRE DEL PADRE O TUTOR. _____
 DOMICILIO. _____ Tel.: _____

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 TOXICOMANÍAS.			
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 CARIAS.				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 TOXICOMANÍAS.			
08 CARDIOPATÍAS.				19 ALCOHOLISMO.			
09 DIARREAS FRECUENTES.				20 TABAQUISMO.			
10 PARÁSITOS.				21 OTRAS.			
11 INTESTINALES.				22 NIEGA ANTECEDENTES.			

4.- EXAMEN FÍSICO.

Fc. () Fr. () Temp. () Tipo Sanguíneo. ()

PESO: 1° Kg. 2° Kg. 3° Kg. TALLA: 1° cm. 2° cm. 3° cm. Completo. Incompleto. Nulo.

ESQUEMA DE INMUNIZACIONES.

ESTADO NUTRICIONAL.

CONCEPTO.	1°	2°	3°
NORMAL.			

MALNUTRICIÓN.

LEVE.			
MODERADA.			
SEVERA.			
SOBREPESO.			
OBESIDAD.			

AGUDEZA VISUAL.

	1°	2°	3°
OJO DERECHO.	20/ <input type="text"/>	20/ <input type="text"/>	20/ <input type="text"/>
OJO IZQUIERDO.	20/ <input type="text"/>	20/ <input type="text"/>	20/ <input type="text"/>

CONCEPTO.	1°	2°	3°
NORMAL.			
DISMINUIDA.			
USA LENTES.			
OTRAS.	<input type="text"/>		

AGUDEZA AUDITIVA.

CONCEPTO.	1°	2°	3°
NORMAL.			
DISMINUIDA.			
PRÓTESIS.			

OTRAS.	<input type="text"/>		
OÍDO DERECHO.	<input type="text"/>		
OÍDO IZQUIERDO.	<input type="text"/>		

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.			

OTRAS.

CARDIOVASCULAR.

CONCEPTO.	1°	2°	3°
NORMAL.			
SOPLO FISIOLÓGICO.			
SOPLO ORGÁNICO.			
ARRITMIAS.			

OTRAS.



PIEL.

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

MUSCULO ESQUELÉTICO.

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

RESPIRATORIO.

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

OTROS APARATOS Y SISTEMAS (Diagnóstico).

CONCEPTO.	1°	2°	3°

SALUD BUCAL / ODONTOGRAMA.

Superior Derecha.					Superior Izquierda.										
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	71	72	73	74	75	81
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ESTE DOCUMENTO ES VIGENTE:

Del _____ de _____ del _____

Del _____ de _____ del _____

Sello de la institución de salud.

Clinicamente apto para asistir a la escuela. Si () No ()

Clinicamente apto para realizar actividades físicas de esfuerzo. Si () No ()

(NOMBRE, NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA.)

5.- DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES (Primera revisión).

6.- DERECHOHABIENTE.

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

7.- DIAGNÓSTICO Y CONCLUSIONES (Revisiones subsiguientes).

Fecha.	Nivel escolar.	Diagnósticos.	Inst. Medica.	Nombre, número de cédula profesional y firma del médico.

