



**EXAMEN MEDICO**

FECHA DE REVISIÓN

**1.- DATOS GENERALES**

NOMBRE DE LA ESCUELA		CLAVE:	
DOMICILIO:		ALCALDÍA:	
TELÉFONO:	TURNO:	GRADO:	NIVEL ESCOLAR
NOMBRE DEL ALUMNO:		SEXO:	
FECHA DE NACIMIENTO O C.U.R.P.	UNIDAD MÉDICA QUE LO ATIENDE:		
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR::			
DOMICILIO:		TELÉFONO	

**2.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS 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	HEMOFILICOS				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	PARASITOS INTESTINALES				21	OTRAS			
11	HEPATITIS				22	NIEGA ANTECEDENTES			

**4.- EXAMEN FÍSICO**

Fc. ( ) Fr. ( ) Tempo ( ) Tipo Sanguineo ( )

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

ESTADO NUTRICIONAL			
CONCEPTO	1°	2°	3°
NORMAL			
<b>MALNUTRICIÓN</b>			
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			
<b>OTRAS</b>			

AGUDEZA AUDITIVA			
CONCEPTO	1°	2°	3°
NORMAL			
DISMINUIDA			
PRÓTESIS			
<b>OTRAS</b>			
OÍDO DERECHO			
OÍDO IZQUIERDO			

DIGESTIVO			
CONCEPTO	1°	2°	3°
NORMAL			
DIARREA			
PARASITOSIS			
<b>OTRAS</b>			

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

CARDIOVASCULAR			
CONCEPTO	1°	2°	3°
NORMAL			
SOPLO FISIOLÓGICO			
SOPLO ORGÁNICO			
ARRITMIAS			
<b>OTRAS</b>			
F. REUMÁTICA			

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

MÚSCULO ESQUELETICO			
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. HIPERTROFICAS			
OTITIS			
BRONQUITIS			
ASMA			
OTRAS			

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

DIENTES TEMPORALES	CONCEPTO	1°	2°	3°
	0 DIENTE SANO			
	1 DIENTE CARIADO			
	2 DIENTE OBTURADO Y CARIADO			
	3 DIENTE OBTURADO Y SIN CARIES			
	4 DIENTE AUSENTE			
	5 PARADONTOPATIAS			
6 MALOCLUSION				

DIENTES PERMANENTES	CONCEPTO	1°	2°	3°
	0 DIENTE SANO			
	1 DIENTE CARIADO			
	2 DIENTE OBTURADO Y CARIADO			
	3 DIENTE OBTURADO Y SIN CARIES			
	4 DIENTE AUSENTE			
	5 PARADONTOPATIAS			
6 MALOCLUSION				

**SALUD BUCAL**

ODONTOGRAMA																											
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													
IZQUIERDO														DERECHO													
85 84 83 82 81														71 72 73 74 75													
48 47 46 45 44 43 42 41														31 32 33 34 35 36 37 38													
FECHA DE REVISIÓN																											

ESTE DOCUMENTO ES VIGENTE  
 DEL \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_  
 AL \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_

**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

**6.- DERECHO HABIENCIA**

**5.-DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES (primera revisión)**

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 subsecuentes)**

FECHA	NIVEL ESCOLAR	DIAGNÓSTICO	INST. MEDICA	NOMBRE, NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MEDICO

