



EXAMEN MÉDICO

FECHA DE REVISIÓN

1.- DATOS GENERALES

NOMBRE:	
DOMICILIO:	
DELEGACION:	TELEFONO:
SEXO:	FECHA DE NACIMIENTO:
C.U.R.P.:	UNIDAD MEDICA:

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

No.	PATOLOGIA	1°	2°	3°	No.	PATOLOGIA	1°	2°	3°
01	TUBERCULOSIS				09	ALCOHOLISMO			
02	CARDIOPATIAS				10	OBESIDAD			
03	HIPERTENSION				11	HEPATITIS			
04	EPILEPSIA				12	TOXICOMANIAS			
05	ENF. MENTAL O NERVIOSA				13	ONCOLOGICOS			
06	DIABETES				14	REUMATICOS			
07	TABAQUISMO				15	OTRAS			
08	HEMOFILICOS				16	NIEGA ANTECEDENTES			

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

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

4.- EXAMEN FISICO

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

TIPO DE SANGRE: A+ O+ B+ AB+ A- O- B- AB-

COMPATIBILIDAD SANGUINEA

TIPO DE SANGRE	PUUEEE DONAR A:	PUUEEE RECIBIR DE:
A+	A+ AB+	O+ O- A+ A-
A-	A+ A- AB+ AB-	O- A-
B+	B+ AB+	O+ O- B+ B-
B-	B+ B- AB+ AB-	O- B-
AB+	AB+	TODOS
AB-	AB+ AB-	AB- O- A- B-
O+	A+B+ AB+ O+	O+ O-
O-	TODOS	O-

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			
PROTESIS			
OTRAS			
OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO		

CARDIOVASCULAR			
CONCEPTO	1°	2°	3°
NORMAL			
SOPLO FISIOLÓGICO			
SOPLO ORGANICO			
ARRITMIAS			
OTRAS			
F. REUMATICA			

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

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

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

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

MUSCULO 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°
	A Diente Sano			
	B Diente Cariado			
	C Diente Opturado y Cariado			
	D Diente Obturado sin caries			
	E Diente Ausente			
	F Parodontopatías			
	G Maloclusión			

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

SALUD BUCAL

ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
DERECHO								IZQUIERDO							
55 54 53 52 51								51 52 53 54 55							
18 17 16 15 14 13 12 11								31 32 33 34 25 36 37 38							
FECHA DE REVISION															

ESTE DOCUMENTO ES VIGENTE
 DEL ____ DE ____ DE ____
 AL ____ DE ____ DE ____

SELLO
 INSTITUCION
 DE SALUD

CLINICAMENTE APTO PARA ASISTIR A LA ESCUELA	SI ()	NO ()
CLINICAMENTE APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS DE ESFUERZO	SI ()	NO ()

(NOMBRE, NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA)

5.- DIAGNOSTICOS Y OBSERVACIONES (Primera revisión)

Fomentar buenos hábitos bucales desde las primeras edades
 contribuye a una vida sana

6.- DERECHOHABIENCIA

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

7.- DIAGNOSTICOS Y CONCLUSIONES (Revisiones subsecuentes)

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