













X	CAMEN N	1ÉD	ICC				SERTIF	CADO 29 JUL
1. D <i>i</i>	ATOS GENERALĘS, /	0 1		_	_	FECHA DE REVISIÓN:		29 JU
MON	BRE: A/her	Kodi	/G 4-9	$\langle \rangle$	100			
OOM	ICILIO @/JC #	60		<u></u>	10	DF- B-2		
	/ 26 //	96	1 refire	0 100	,			The control of the co
	GACIÓN:	1 11				TELÉFONO T	~~ ,	> ~ . /
ELE	GACION: 6	del.	 	<u> </u>		TELEFONO J.	5150	> 5) //
EXC): M	FE	CHA DE NAC	IMIENTO		18/04/77	,	withhouse
.U.I	R.P.				UNIE	AD MEDICA 7555	TE/	withshuse
			 		1 .		,	- , , ,
AN	ITECEDENTES HEREDITARIOS '	/ FAMILIAR	ES (Inform	ación pro	porcio			
0.	PATOLOGÍA	10	20	30	No.	PATOLOGÍA	10	20 30
1	TUBERCULOSIS		ļ		09	ALCOHOLISMO		
2	CARDIOPATÍAS				10	OBESIDAD		
<u>3</u> 4	HIPERTENSIÓN EPILEPSIA				11	HEPATITIS TOXICOMANÍAS		
<u> </u>	ENF. MENTAL O NERVIOSA		* 100		13	ONCOLÓGICOS		
6	DIABETES				14	REUMÁTICOS		
7	TABAQUISMO				15	OTRAS		
8	HEMOFÍLICOS				16	NIEGA ANTECEDENTES	X	
Α	NTECEDENTES PERSONALES PA	TOLGICOS	(Informaci	ón propoi	ciona			
lo.	PATOLOGÍA	10.	20	30	No.	PATOLOGÍA	10	20 30
1	ALERGIAS		,d ."		12	CONVULSIONES		
2	CARIES				13	MENINGITIS		
3	AMIGDALITIS DE REP.	•	_	-	14	TRAUMATISMOS SEVEROS		
<u>4</u> 5	RESPIRACIÓN ORAL TOS PERSISTENTE		_	-	15	MUTILACIONES MALFORMACIONES		
<u>5</u> 6	ASMA			-	17	ESTRABISMO		
7	TUBERCULOSIS			 	18	TOXICOMANÍAS		
8	CARDIOPATÍAS				19	ALCOHOLISMO		
9	DIARREAS FRECUENTES				20	TABAQUISMO		
0	PARASITOSIS INTESTINAL				21	OTRAS		
.1	HEPATITIS				22	NIEGA ANTECEDENTES		
	XAMEN FISICO							
4. E			10	20	30	ESQUEMA DE IN	MUNIZACION	ES
	20 30	TALLA						
4. E	0:	TALLA:	% → 3cm	Cm		Cm Completo Incor	npleto 💮	Nulo
	0:	TALLA:	/,) }Cm	Cm		Cm Completo Incor	npleto 🔵	Nulo
	0:	TALLA:		Cm AGUDEZ/				Nulo Nulo

ESTADO NUTRICIONAL						
CONCEPTO	10	20	30			
NORMAL	18					
MALNUTRICIÓN						
LEVE						
MODERADA						
SEVERA						
SOBRE PESO						
OBESIDAD						

DIGESTIVO

10

20

30

CONCEPTO

NORMAL DIARREA PARASITOSIS OTRAS:

AGUDEZA VISUAL							
	10	20	30				
O.D.	20/20/	20/	20/				
O.I.	20/	20/	20/				
CONCEPTO	10	20	30				
NORMAL							
DISMINUIDA							
USA LENTES							
OTRAS:							

10	20	30
	_	J-

AGUDEZA AUDITIVA						
CONCEPTO	10	20	30			
NORMAL	X					
DISMINUIDA						
PRÓTESIS						
OTRAS						
OÍDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO					

CARDIOVASCULAR							
CONCEPTO	10	20	30				
NORMAL	X						
SOPLO FISIOLÓGICO							
SOPLO ORGÁNICO							
ARRITMIAS							
OTRAS:							
F. REUMÁTICA							

	PIEL		Beth et				
CONCEPTO	10	20	30				
NORMAL	×						
PIODERMITIS	. /						
V. VULGARES							
PEDICULOSIS							
P. ALBA		e ;					
MICOSIS		k .)					
ESCABIASIS	Ì						
5 OTRAS:							

MUSCULO ESQUELETICO							
CONCEPTO	10	20	30				
NORMAL.	X						
ALT. MIEMBRO SUP.							
DESV. COLUMNA							
RODILLA VALGO-VARO							
PIE PLANO							
EN TRATAMIENTO							
	OTRAS:						

RESPIRATORI	(O /#) //#		
CONCEPTO	10	20	30
NORMAL	X		
RESFRIADO COMÚN	[
A. HIPERTROFICAS			
OTITIS			
BRONQUITIS			
ASMA			
	OTRAS:		

SALUD BUCAL

OTROS APARATOS Y SISTEMAS (Diagnóstico)						
CONCEPTO	10	20	30			
-						

S		CONCEPTO	10	20	30
N S	Α	DIENTE SANO	×		
Ď	В	DIENTE CARIADO			
ĮΞ	C	DIENTE OBT Y CARIADO			
I F	D	DIENTE OBT S/CARIES			
<u> </u>	ш	DIENTE AUSENTE			
	F	PARODONTOPATIAS			
Z	G	MALOCLUSION			

TES		CONCEPTO	10	20	30
PERMANENTE	Α	DIENTE SANO	\wedge		
AN	В	DIENTE CARIADO	1		
M	n	DIENTE OBT Y CARIADO			
밆	D	DIENTE OBT S/CARIES			
ន	E	DIENTE AUSENTE			
ENT	F	PARODONTOPATIAS			
I I	G	MALOCLUSION			

ODONTOGRAMA				
18 17 16 15 14 13 12 11 MANAGE MAN		21 22 23 24 25 26 27 28 		
DERECHO 55	S4 53 52 51	(a) (a) (b) (c) (c) (c) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d	55 IZQUIERDO	
85	84 83 82 81	71 72 73 74	75	
48 47 46 45				
FECHA DE REV	ISIÓN			

DEL DE DE SALUD DE SA

CLINICAMENTE APTO PARA ASISTIR À LA ESCUELÀ 6 50 33,7 MML 1517 CLINICAMENTE APTO PARA REALIZAR AUTIFVIDADES INSIGNS DE ESPERANDES ()

(NOMBRE, NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL Y-FIRMA)

5 - DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES (primera revisión)

CLINICAMENTE SANO(A)
Y APTO(A) PARA REALIZAR
ACTIVIDADES FISICAS,
QUE REQUIERAN ESFUERZO.

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

6.-DERECHOHABIÉNCIA

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

7 - DIAGNÓSTICOS Y CONCLUSIONES (revisiones subsecuentes)

FECHA	NIVEL ESCOLAR	DIAGNOSTICO	INST. MEDICA	NOMBRE, NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO