



EXAMEN MÉDICO

FECHA DE REVISIÓN: MARTES 27 ABRIL 2021.

1.- DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA ESCUELA: ASLO SEGURIDAD PRIVADA				CLAVE:	
DOMICILIO: SAN MARTÍN OBISPO				DELEGACIÓN: ATIZAPÁN	
TELÉFONO: 5568043351	TURNO: MIXTO	GRADO:	NIVEL ESCOLAR: PREPARATORIA		
NOMBRE DEL ALUMNO: MORENO JUAREZ ADRIANA				SEXO: FEMENINO	
FECHA DE NACIMIENTO O "C.U.R.P.": 09/01/1998		UNIDAD MÉDICA QUE LO ATIENDE:			
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:					
DOMICILIO: Girasoles s/n, COL. Libertad CP 54407				TELÉFONO: 5629374145	

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

No.	PATOLOGÍA	1o.	2o.	3o.	No.	PATOLOGÍA	1o.	2o.	3o.
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	NEGAR ANTECEDENTES			

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

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

4.- EXAMEN FÍSICO: Fc. 96x1 SatO₂: 98% Fr. (18x1) Temp. 36.8 °C Tipo Sanguíneo ()

PESO:	1o.	2o.	3o.	TALLA:	1o.	2o.	3o.	ESQUEMA DE INMUNIZACIONES:
	71 Kg.	Kg.	Kg.		1.64 cm.	cm.	cm.	

Completo: ☒ Incompleto: ☐ Nulo: ☐

IMC = 26.49

ESTADO NUTRICIONAL			
CONCEPTO	1o.	2o.	3o.
NORMAL			
MAL NUTRICIÓN			
LEVE			
MODERADA			
SEVERA			
SOBREPESO			
OBESIDAD			

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

AGUDEZA AUDITIVA			
CONCEPTO	1o.	2o.	3o.
NORMAL			
DISMINUIDA			
PROTESIS			
OTRAS			
OIDO DERECHO			
OIDO IZQUIERDO			

DIGESTIVO			
CONCEPTO	1o.	2o.	3o.
NORMAL			
DIARREA			
PARASITOSIS			
OTRAS			

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

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

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

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

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

CONCEPTO			
CONCEPTO	1o.	2o.	3o.

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

DIENTES PERMANENTES	CONCEPTO			
		1o.	2o.	3o.
	0	Diente Sano		
	1	Diente Cariado		
	2	Diente Obturado y Cariado		
	3	Diente Obturado sin caries		
	4	Diente Ausente		
	5	Parodontopatías		
6	Maloclusión			

SALUD BUCAL																							
ODONTOGRAMA																							
DERECHO												IZQUIERDO											
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28								
FECHA DE REVISIÓN 27/04/21																							

ESTE DOCUMENTO ES VIGENTE		SELLO INSTITUCION DE SALUD
DEL 27 DE Abril DE 2021		
AL 27 DE Mayo DE 2021		
CLÍNICAMENTE APTO PARA ASISTIR A LA ESCUELA		SI () NO ()
CLÍNICAMENTE APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS DE ESFUERZO		SI () NO ()

Dr. J. J. Velasco (NOMBRE, NÚMERO DE CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA) 11630761

5. DIAGNOSTICO Y OBSERVACIONES (primera revisión)

Femenino de 23 años de edad.
Niega antecedentes de importancia.
A la exploración física no se encuentran alteraciones.
D.X. Clínicamente Sano.

6.- DERECHOHABIENTIA

CONCEPTO	1o.	2o.	3o.
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. -DF.			
I.M.S.S.			
OTRAS			

7.- DIAGNOSTICOS Y CONCLUSIONES (revisiones subsecuentes)

FECHA	NIVEL ESCOLAR	DIAGNOSTICOS	INST. MEDICA	NOMBRE, NUMERO DE CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MEDICO
27/04/21		Clínicamente Sano.		Dr. J. J. Velasco 11630761