



EXAMEN MEDICO

1.- DATOS GENERALES

FECHA DE REVISION: 14/Julio/2021

NOMBRE DE LA ESCUELA		CLAVE	
DOMICILIO		DELEGACION	
TELEFONO	TURNO	GRADO	NIVEL ESCOLAR
NOMBRE DEL ALUMNO: Raquel Domínguez Jasso			EDAD: 43 años
FECHA DE NACIMIENTO O CURP: 13-enero-1978			SEXO: Femen
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: Felipe Domínguez Lizardi			
DOMICILIO: Cda. 30 de abril #K1. Col. Tráfico-Tanque. H. R.		TELEFONO: 58-23-98148	

2.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES (información proporcionada por el padre o tutor)

No.	PATOLOGIA	SI	NO	DESCONOCE	No.	PATOLOGIA	SI	NO	DESCONOCE
01	TUBERCULOSIS		/		09	ALCOHOLISMO		/	
02	CARDIOPATIAS		/		10	OBESIDAD		/	
03	HIPERTENSION		/		11	HEPATITIS		/	
04	EPILEPSIA		/		12	TOXICOMANIAS		/	
05	ENFERMEDAD MENTAL		/		13	ONCOLOGICOS		/	
06	DIABETES	✓ madre, hermana.			14	REUMATICOS		/	
07	TABAQUISMO		/		15	OTROS		/	
08	HEMOFILICOS		/		16	NIEGA ANTECEDENTES			

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

No.	PATOLOGIA	SI	NO	DESCONOCE	No.	PATOLOGIA	SI	NO	DESCONOCE
01	ALERGIAS		/		12	CONVULSIONES		/	
02	CARIES		/		13	MENINGITIS		/	
03	AMIGDALITIS RECURRENTE		/		14	TRAUMATISMOS SEVEROS		/	
04	RESPIRACION ORAL		/		15	AMPUTACIONES		/	
05	TOS PERSISTENTE		/		16	MALFORMACIONES		/	
06	ASMA		/		17	ESTRABISMO		/	
07	TUBERCULOSIS		/		18	TOXICOMANIAS		/	
08	CARDIOPATIAS		/		19	ALCOHOLISMO		/	
09	DIARREA RECURRENTE		/		20	TABAQUISMO		/	
10	PARASITOSIS INTESTINAL		/		21	OTROS Qx. cesáreas.		/	
11	HEPATITIS		/		22	NIEGA ANTECEDENTES			

4.- EXAMEN FISICO

PESO	TALLA	FC	FR	TEMP.	ESQUEMA DE INMUNIZACIONES
72 Kg.	1.57 cm.	71 x	20 x	36 °C	COMPLETO <input checked="" type="checkbox"/> INCOMPLETO <input type="checkbox"/> NULO <input type="checkbox"/>

Sat: 95%

ESTADO NUTRICIONAL		
CONCEPTO	SI	NO
NORMAL		/
MAL NUTRICION		
LEVE		/
MODERADA		/
SEVERA		/
SOBREPESO	/	
OBESIDAD		/

AGUDEZA VISUAL		
OJO DER.	+	
OJO IZQ.	+	
CONCEPTO	SI	NO
NORMAL	/	
DISMINUIDA		/
USA LENTES		/
OTROS		

AGUDEZA AUDITIVA		
CONCEPTO	SI	NO
NORMAL	/	
DISMINUIDA		/
PROTESIS		/
OTROS		
OIDO DER.	n/	
OIDO IZQ.	n/	

6983268
 Dr. Gleayn Cruz Solano

DIAGNOSTICO Y OBSERVACIONES:

Sano / apto para laborar.

CLINICAMENTE APTO PARA ASISTIR A LA ESCUELA

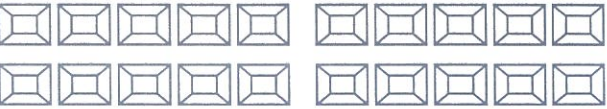
CLINICAMENTE APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS DE ESFUERZO

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH

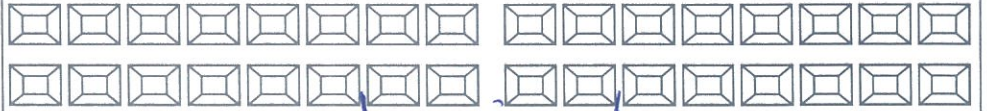
AB Positive

ODONTOLOGRAMA

DERECHO IZQUIERDO



DERECHO IZQUIERDO



SALUD BUCAL

PIEL

CONCEPTO	SI	NO
NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VITILIGO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PEDICULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MICOSIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ESCABIASIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

MUSCULO ESQUELETICO

CONCEPTO	SI	NO
NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DES. COLUMNA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PIE PLANO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
EN TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

RESPIRATORIO

CONCEPTO	SI	NO
NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRAS RECURRENTES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OTITS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
BRONQUITIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

DIGESTIVO

CONCEPTO	SI	NO
NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIARREA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PARASITOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

PROBLEMAS DEL DESARROLLO

CONCEPTO	SI	NO
MALTRATO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROB. CONDUCTA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROB. APRENDIZAJE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROB. LENGUAJE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CARDIOVASCULAR

CONCEPTO	SI	NO
NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOPLO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ARRITMIAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>