



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIENESTAR UNIVERSITARIO
UNIDAD DE SALUD
Cuestionario de Salud

Fecha ex. Clínico:

1. Karen Alejandra Sontay Reyes 2. 200614780
Nombre **No. de Carnet**

3. Guatemala, guatemala 4. Tel 42201711
Domicilio

5. 01/05/2012 6. AGRONOMIA 7. 25
Fecha de hoy **Facultad** **Edad**

8. Karen Alejandra Morales 9. Tel 41201001 9. Movil 33232221
Encargado **Encargado** **Encargado**

10. BACH CON ORIENT.TECNICA OCUP. EN ELECTRICIDAD Y SOLDADURA 11. Soltero
Título de Secundaria **Estado civil**

12. Guatemala
Crecio en

PROBLEMAS RESUELTOS

a) _____ b) _____
c) _____ d) _____
e) _____ f) _____

Fechas:

PROBLEMAS ACTIVOS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

No. de Registro 200614780

Sano ☐ Problemas otra causa ☐ Problemas de descuido ☐ Problemas de autodestrucción ☐

EXAMEN FISICO

Inspección General:	
1 NI.	2 Anl.
Piel y Faneras:	
1 NI.	2 Anl.
Cráneo:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación de Oídos:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación de Nariz:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación de Cuello:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación Cardíaca:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación Pulmonar:	
1 NI.	2 Anl.
Musculo Esqueletico:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación de Abdomen:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación de Neurológica:	
1 NI.	2 Anl.

ESPIROMETRÍA

	Valor estimado	Valor medido	Porcentaje en rel a C.V.	
			Estimada	Medida
Capacidad Vital (C.V.)				
Valor Espirado en 1 segundo V.E.I.				

Interpretación 1 ☐ normal

2 ☐ anormal

Nombre del Examinador

Vo.Bo. _____

Catedrático Instructor

ANTROPOMETRÍA

P.A., B.D. _____ B.I. _____ Pulso: _____

Talla de pié: _____ cms. Peso: _____ lbs. Maximo: _____ lbs. Deseable: _____ lbs.

Circunferencia Abdomen: _____ cms. Indice Masa Corporal: _____

Espesor del tejido celular subcutaneo en cm.

Varones: Tricipital + Subescapular = Total Mujeres: Tricipital + Subescapular = Total

_____ + _____ = _____ _____ + _____ = _____

Porcentaje de grasa corporal: _____ % Peso deseable según % grasa corporal: _____ %

Muy magro ☐ Magro ☐ Obesidad leve ☐ Obesidad Mod. ☐ Obesidad Severa ☐

Posición corporal: NI ☐ Anl _____

Simetría corporal: NI ☐ Anl _____

Nombre del Examinador

Vo.Bo. _____

Catedrático Instructor

AUDIOMETRÍA COLECTIVA

Frecuencia	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
O. Derecho								
O. Izquierdo								
Decibeles	20	20	20	20	20	20	20	20

Estudiante

Instructor

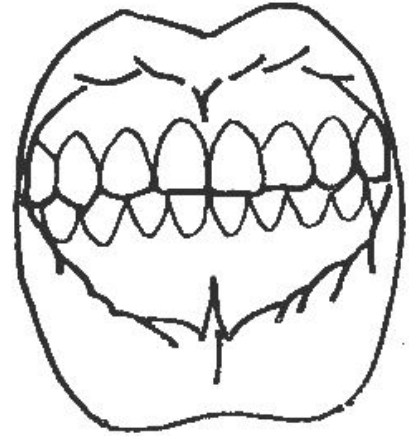
EVALUACIÓN ESTOMATOLÓGICA

EXAMEN CLÍNICO DE LOS T E J I D O S

ALTERACIONES Y ANOMALIAS MENORES DE DESARROLLO:

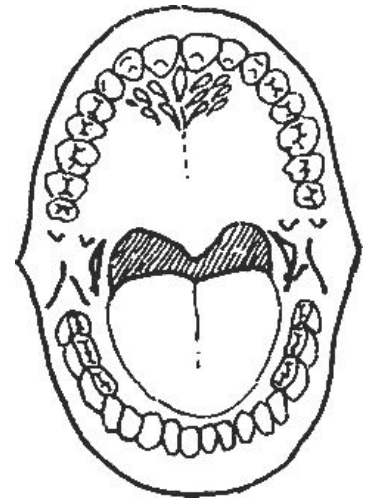
REGIONES ANATÓMICAS DE LA CAVIDAD ORAL

Edema	1	Sangramiento	2	Úlcera	3	Mancha Blanca	4	Mancha Roja	5	Fístula	6	Laceraciones	7	Grietas o fisuras	8	Capuchones terceras molares	9
1 Labios	1 Superior																
	2 Inferior																
2 Carrillos	2 Izquierdo																
	1 Derecho																
3 Paladar	1 Duro																
	2 Blando																
4 Lengua	1 Dorso																
	2 Vientre																
	3 Margen																
5 Piso de la boca																	
6 Encías	1 Bucal																
	2 Lingual																
7 Mucosa alveolar	1 Superior																
	2 Inferior																



ALTERACIONES

CUADRANTES	PIEZAS DENTARIAS	ALTERACIONES																				
		Espacio Desdentado	Resto radicular	Movilidad	Caries	Abrasión	Atrición	Erosión	Fracturas	Mal posición	Hipoplasia	Exposición Pulpar	Restauración	Dolor	Mancha Extrinseca	Mancha Intrinseca	Diastemas	Materia alba	Cálculos dentarios	PRO- TESIS	Fija	Removible
Inferior Derecho	8																					
	7																					
	6																					
	5																					
	4																					
	3																					
	2																					
	1																					
Inferior Izquierdo	1																					
	2																					
	3																					
	4																					
	5																					
	6																					
	7																					
	8																					
Superior Izquierdo	8																					
	7																					
	6																					
	5																					
	4																					
	3																					
	2																					
	1																					
Superior Derecho	1																					
	2																					
	3																					
	4																					
	5																					
	6																					
	7																					
	8																					



ÍNDICES

P				C.P.O.
C	A	I	O	
				I.H.O.S.

ODONTÓLOGO

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

AGUDEZA VISUAL LEJANA		
	S.L.	C.L.
O.D.		
O.I.		
BINOC		

AGUDEZA VISUAL CERCANA		
	S.L.	C.L.
O.D.		
O.I.		
BINOC		

VISIÓN DE COLORES									
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
TOTAL							<input type="text"/>		

MOVIMIENTOS OCULARES

	O.D.	Nl.	Anl.
Oblicuos		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horizontales		<input type="text"/>	<input type="text"/>

	O.I.	Nl.	Anl.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

REFLEJOS

	O.D.	Nl.	Anl.
Fotomotor		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Consensual		<input type="text"/>	<input type="text"/>

	O.I.	Nl.	Anl.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

EXAMEN FISICO

	O.D.	Nl.	Anl.
Párpados y anexos		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conjuntivas		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo de ojo		<input type="text"/>	<input type="text"/>

	O.I.	Nl.	Anl.
Escleróticas		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pupilas		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones: _____

Estudiante

Vo.Bo. _____
Instructor

PRUEBA DE ACONDICIONAMIENTO FISICO

Duración del esfuerzos en segs. _____

Latidos en 30" al min. de reposo _____

Latidos desp. de 2 min. de reposo _____

Latidos desp. de 3 min de reposo _____

Suma: _____

Interpretación: Malo (60 o menos) _____
Bueno (80 o 90) _____

$$I.A. = \frac{\text{Duración del esfuerzo en segs.} \times 100}{\text{Suma de los tres pulsos} \times 2} =$$

I.A. _____

Promedio (61 a 79) _____

Excelente (90 o más) _____

No se realizó la prueba por: _____

Estudiante

Vo.Bo. _____
Instructor

Fechas:

PLAN INICIAL DE PROBLEMAS

1. Problemas: _____

Datos subjetivos: _____

Datos objetivos: _____

Análisis: _____

Conducta a seguir: _____

2. Problemas: _____

Datos subjetivos: _____

Datos objetivos: _____

Análisis: _____

Conducta a seguir: _____

3. Problemas: _____

Datos subjetivos: _____

Datos objetivos: _____

Análisis: _____

Conducta a seguir: _____

4. Problemas: _____

Datos subjetivos: _____

Datos objetivos: _____

Análisis: _____

Conducta a seguir: _____

Nombre de estudiante de Med.

Vo.Bo. Catedrático Instructor de Med.

Nombre de estudiante de Psic,

Vo.Bo. Catedrático Instructor de Psic.