

Examen Médico 2019

FECHA DE ENTREGA OBLIGATORIA: 8/4/19

NOMBRE:

DNI:

CURSO:

1. Examen general - Fecha:	Normal	Anormal
1. Peso (kg)		
2. Talla:		
3. Relación pondo/est		
4. Cabeza y Cuello		
5. Miembros super.		
6. Miembros infer.		
7. Columna		
8. Auscultación card.		
9. Pulso		
10. T. A.		
11. Respiratorio		
12. Abdomen		

2. Desarrollo psicomotor - Fecha:	No	Sí
1. Camina normal		
2. Tartamudeo		
3. Terrores nocturnos		
4. Sonambulismo		
5. Trastornos de conducta		
6. Tics		
7. Onicofagia		
8. Enuresis		
9. Encopresis		
10. Trastorno aprendiz		
11. Repitencia		

3. Examen visual - Fecha:	Normal	Anormal
1. Agudeza V, OD. S/C		
2. Agudeza V, OI. S/C		
3. Agudeza V, OD. C/C		
4. Agudeza V, OI. C/C		
5. Alineación Ocular		
6. De necesitar anteojos, ¿Puede comprarlos?	Sí	No

4. Examen oral - Fecha:	Normal	Anormal
1. Fonación		
2. Resfríos repetidos	No	Sí
3. Otitis repetida	No	Sí
4. Anginas repetidas	No	Sí
5. Laringitis repetida	No	Sí
6. Agudeza aud a la voz baja o diapason		

5. Patologías generales - Fecha:	No	Si
1. Diabetes		
2. Bronquitis repetidas		
3. Crisis asmáticas		
4. Síndrome convulsivo		
5. Fiebre reumática		
6. Chagas		
7. Tuberculosis		
8. Quemaduras		
9. Intoxicaciones		
10. Traumatismo de cráneo		
11. Labio leporino		
12. Cardiopatía congénita		
13. Fracturas		
14. Limitaciones para ejercicio físico		

6. Examen bucal - Fecha:	Normal	Anormal
Grado:		
4. CAR.	1. Estado Dental	
5. EXT.		
6. E.I.		
7. OBT.	2. Estado Periodontal	
8. CPO.		
9. CAR.		
10. E.I.	3. Oclusión	
11. OBT.		
12. CEO.		

PROFESIONAL

FIRMA _____ N° Matrícula _____

Odontólogo _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Autorizo a mi hijo/a _____
 DNI N° _____ quien goza de plena salud física
 a participar y desarrollar actividades físicas, deportivas, recreativas,
 culturales y sociales, etc.; organizadas por el Colegio y que se
 efectúen dentro o fuera de las instalaciones del mismo.

Firma del Padre

Firma de la Madre

Profesional Clínico: _____

Firma: _____ N° Matrícula: _____