



## Examen Médico

Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### Ficha de Identificación

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Programa Educativo (carrera) \_\_\_\_\_  
 Grupo \_\_\_\_\_ Número de control \_\_\_\_\_  
 Campus Dolores  Campus Victoria   
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Tipo sanguíneo \_\_\_\_\_

### Antecedentes Heredo-familiares

Diabetes: \_\_\_\_\_  
 Hipertensión: \_\_\_\_\_  
 Cáncer: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Personales No Patológicos

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Tabaco: Si  No  Exposición al humo: Si  No   
 Alcohol: Si  No  Deporte: Si  No  Cuál: \_\_\_\_\_  
 Drogas: Si  No  Alimentación: Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_  
 Esquema de inmunizaciones de la infancia: completo Si  No   
 Vacuna Covid 19: Si  No  Última dosis: 1era  2da  Refuerzo   
**Nota: Adjuntar copia de la última dosis de vacuna Covid 19 aplicada**  
 Vacuna Influenza: Si  No  Fecha de última aplicación \_\_\_\_\_  
 Vida Sexual Activa: Si  No  No. de parejas: \_\_\_\_\_ Métodos anticonceptivos: \_\_\_\_\_  
 Enfermedad de transmisión sexual: Si  No  Cuál \_\_\_\_\_

### Antecedentes Gineco obstétricos

Menarca \_\_\_\_\_ años Ritmo \_\_\_\_\_ IVSA \_\_\_\_\_ años  
 G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_ FUP \_\_\_\_\_  
 Menopausia a los \_\_\_\_\_ años Fecha de Último Papanicolaou \_\_\_\_\_  
 Métodos de Planificación Familiar: Si  No  Cuál \_\_\_\_\_  
 Enfermedades de Transmisión Sexual: Si  No  Cuál \_\_\_\_\_

### Antecedentes Personales Patológicos

Quirúrgicos: Si  No  Por qué \_\_\_\_\_  
 Internamientos: Si  No  Por qué \_\_\_\_\_  
 Trasfusiones Previas: Si  No   
 Alergias: Si  No  A que \_\_\_\_\_  
 Fracturas: Si  No  Cuál \_\_\_\_\_  
 Enfermedad por Covid 19: Si  No   
 Presentas algún tipo de discapacidad: Si  No

---

---

---

**Exploración Física**

Cabeza: \_\_\_\_\_  
Gusto: \_\_\_\_\_ Olfato: \_\_\_\_\_  
Agudeza visual: \_\_\_\_\_ Normal: \_\_\_\_\_ Disminución: \_\_\_\_\_  
Usa lentes: Si  No  Causa: \_\_\_\_\_  
Caries: \_\_\_\_\_ Sarro: \_\_\_\_\_  
Adoncia: \_\_\_\_\_ Prótesis: \_\_\_\_\_  
Cuello: \_\_\_\_\_  
Tórax: \_\_\_\_\_  
Abdomen: \_\_\_\_\_  
Extremidades: \_\_\_\_\_  
Genitales: \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ /min. FR \_\_\_\_\_ /min. T \_\_\_\_\_ °C  
Peso \_\_\_\_\_ kg. Estatura \_\_\_\_\_ mts. DxTx \_\_\_\_\_ mg/dl. SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

**Medicamento Actual**

Medicamento \_\_\_\_\_  
Dosis \_\_\_\_\_  
Tiempo de ingerirlo \_\_\_\_\_

**Diagnósticos**

---

---

---

**Análisis del Caso y Comentarios**

---

---

---

Realizó: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ RSS: \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_ Firma