



## EXÁMEN MÉDICO

FECHA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Programa Educativo \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_  
 Número de control \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Tipo sanguíneo \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

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

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Tabaco: No  Si  años: \_\_\_\_\_ actual No  Si  Exposición al humo: No  Si   
 Alcohol: No  Si  años: \_\_\_\_\_ actual No  Si   
 Drogas: No  Si  años: \_\_\_\_\_ actual No  Si  Deporte: No  Si   
 Esquema de inmunizaciones: \_\_\_\_\_ Alimentación: B \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
 Vida Sexual Activa: No  Si  No. de parejas: \_\_\_\_\_ Métodos anticonceptivos: \_\_\_\_\_  
 Enfermedad de trasmisión sexual: No  Si   
 Cuál \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

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

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Quirúrgicos: No  Si   
 Cuál \_\_\_\_\_  
 Internamientos: No  Si  Cuándo \_\_\_\_\_ Por qué \_\_\_\_\_  
 Trasfusiones Previas: No  Si  Fecha \_\_\_\_\_  
 Alergias: No  Si  A que \_\_\_\_\_  
 Fracturas: No  Si  Cuándo \_\_\_\_\_

### PADECIMIENTO ACTUAL (Motivo de la consulta)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

CABEZA: \_\_\_\_\_

AGUDEZA VISUAL: \_\_\_\_\_ Normal: \_\_\_\_\_ Disminución: \_\_\_\_\_

CORRECCIÓN: \_\_\_\_\_

PROBLEMA: \_\_\_\_\_

CARIES: \_\_\_\_\_

SARRO: \_\_\_\_\_

CUELLO: \_\_\_\_\_

TORAX: \_\_\_\_\_

ABDDOMEN: \_\_\_\_\_

EXTREMIDADES: \_\_\_\_\_

GENITALES: \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ /min. FR \_\_\_\_\_ /min. T \_\_\_\_\_ °C

Peso \_\_\_\_\_ kg. Estatura \_\_\_\_\_ mts. DxTx \_\_\_\_\_ mg/dl.

**MEDICAMENTO ACTUAL**

Medicamento \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Tiempo de ingerirlo \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANÁLISIS DEL CASO Y COMENTARIOS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

REALIZÓ: \_\_\_\_\_

CÉDULA: \_\_\_\_\_ RSS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA**

**“Educación y progreso para la vida”**