

EXAMEN FISICO 20__-20__

Debe ser completado por el pediatra o médico de cabecera del estudiante.

Estudiante:	
Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____
Nombre _____	Inicial _____
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad: _____ Grado: _____
Fecha de nacimiento: día _____ / mes _____ / año _____	
Deporte: _____	

Favor completar la siguiente información:

Presión _____ Peso Corporal _____ Estatura _____ Pulso _____ Peso de competencia _____

Visión O.U. _____ Visión O.D. _____ Visión O.S. _____

Favor completar la siguiente información utilizando la siguiente escala:

N = Normal NE= No examinado A= Anormal

	N	NE	A	N	NE	A
Apariencia general				Reflejos		
Ojos				Bicipital		
Oídos				Braquioradial		
Nariz / septo				Tricipital		
Boca / Garganta				Patelar		
Cuello / Tiroides				Aquileo		
Linfáticos				Musculoesqueletal		
Pecho / Pulmones				Espalda / Columna		
Senos / Tanner				Mano / Muñeca		
Cardiovascular				Antebrazo		
Abdomen / Hernias				Codo		
Genitalia / Tanner – Pélvico PAP				Brazo		
Rectal				Hombro		
Piel/ Marcas congénitas				Cadera		
Neurológico				Muslo		
Nervios Craniales				Rodilla		
Motor				Pierna		
Sensorial				Tobillo		
Coordinación				Pie		
				Flexibilidad General		

Historial de Lesiones Si NO

Fecha Mes/Año	Área afectada (especifique)	Mecanismo Trauma / Sobresuso	Clasificación (Piel, Tendón, Músculo, Articulación, Ligamento Hueso)	Situación Competencia Entrenamiento Otros	Secuela Si / No

Problemas identificados:

Recomendaciones:

Disposición: Participación No participación

Nombre del Médico _____

Fecha _____

Firma del Médico _____

#Lic _____