



Más Movimiento

EXÁMEN FÍSICO (A COMPLETAR POR EL MÉDICO)

PESO: ____ KG. TALLA: ____ M.

GRUPO SANGUÍNEO: ____ FACTOR R.H.: _____

ENFERMEDADES METABÓLICAS

HIPOTIROIDISMO

SI NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

HIPERTIROIDISMO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

HIPERURICEMIA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

HIPERLIPIDEMIAS (COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

DIABETES TIPO:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

OTROS DATOS A CONSIGNAR:

ENFERMEDADES REÚMATICAS

OSTEOPOROSIS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

ARTROSIS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

ARTRITIS TIPO:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

DESVIACIONES EN LA COLUMNA VERTEBRAL (CIFOSIS, LORDOSIS, ESCOLIOSIS)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

HERNIAS DE DISCO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

OTROS DATOS A CONSIGNAR:

APARATO RESPIRATORIO

OBSERVACIONES:

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

ASMA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

BRONQUITIS CRÓNICA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

ENFISEMA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

ALERGIAS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

OTROS DATOS A CONSIGNAR:



Más Movimiento

APARATO CARDIO CIRCULATORIO:

TA:

OBSERVACIONES:

FC:

CARDIOPATÍAS

INFARTO DE MIOCARDIO

--	--

ANGINA DE PECHO

--	--

ISQUEMIA

--	--

HIPERTROFIA CARDÍACA

--	--

INSUFICIENCIA CARDÍACA

--	--

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

--	--

ARRITMIAS

--	--

OTROS DATOS A CONSIGNAR:

--	--

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

USA ANTEOJOS

SI NO

--	--

OTROS DATOS A CONSIGNAR:

EXÁMEN BUCODENTAL

CARIES

--	--

FALTAN PIEZAS DENTARIAS

--	--

OTROS DATOS A CONSIGNAR:

EXÁMEN ORTOPÉDICO

TIPO DE PIE

--	--

OTROS DATOS A CONSIGNAR:



EN CASO DE OBSERVAR ALGÚN DATO POSITIVO RESULTANTE DE LA REVISIÓN CLÍNICA, QUE NO FIGURE EN LA PLANILLA, DESCRIBIR A CONTINUACION:

EL PACIENTE _____ SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE APTO PARA DESARROLLAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD, SEXO Y CONTEXTURA FÍSICA.

EN _____ A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DEL 201__.

DATOS DEL MÉDICO:

NOMBRE Y APELLIDO:

FIRMA, SELLO Y MATRICULA.