

EXAMEN DE SALUD VACACIONES EN PAZ AÑO

Fotografía

1er.Apellido: _____ 2º Apellido: _____ Nombre: _____

Edad F.Nto. ___ / ___ / ___ Varón Mujer Nombre de la madre: _____

DAIRA: _____ Barrio: _____ WILAYA: _____

N. Ident. N. escol. N. pasap.

Familia acogedora _____ Comunidad Autónoma _____

Vía Pública _____ Municipio _____ Provincia _____

Antecedentes de interés

EXPLORACIÓN

Peso: _____ Kgs. Talla: _____ cms. F.C _____ p/mn. T.A. ___ / ___ Temp. _____

Aspecto general _____

Adenopatias SI NO _____

Revisión Oftalmológica

Agudeza visual O.I. O.D.

Lesiones oculares _____
 (existe un impreso oftalmológico anexo)

Piel y faneras

Boca Mala oclusión SI NO Caries SI NO Fluorosis SI NO
 (existe un impreso anexo a rellenar por el estomatólogo)

ORL _____ Otoscopia O.I. _____
 O.D. _____

Cuello Bocio SI NO _____

Cardio-respiratorio

Abdomen

Genito - urinario

Neurológico

Músculo Esquelético

Niñas: 2 a 18 años

TALLA - PESO

Niños: 2 a 18 años



