



EVALUACIÓN MÉDICA

Apellidos y Nombre: _____		
Fecha de Nacimiento: _____		
Representante: _____		
Profesión: _____		
Dirección: _____	Edad _____	Sexo: F _____ M _____
Teléfono _____		

ANTECEDENTES:

1.- Perinatales:		
2.- Crecimiento:		
3.- Desarrollo Escolaridad:		
4.- Alimentación:		
5.- Hábitos:		
6.- Inmunización:		
7.- Patológicos: Eruptivas	Parasitosis:	IQ:
8.- Familiares:		
9.- Psicosociales		

ANTECEDENTES FUNCIONALES:

Piel:	
Digestivo:	
Respiratorio:	
Cardiovascular:	
Osteomusc:	
Neurológico:	
Inmunológico	

ASPECTO GENERAL:

Piel:	
Cabeza:	
Ojos:	
O.R.L	
Cuello:	
Tórax:	
Cardip.	
Abdomen	
Genituorin.	
Osteomusc.	
Neurolog.	
Psiquismo	
ID:	
Plan:	
Recomendaciones	

MÉDICO