

SEP

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



CIUDAD DE MÉXICO  
Decidiendo juntos



CIUDAD DE MÉXICO  
JUNTOS POR TU BIENESTAR



SEDESA



# EXAMEN MÉDICO

FECHA DE REVISIÓN: \_\_\_\_\_

## 1.- DATOS GENERALES

|             |                      |
|-------------|----------------------|
| NOMBRE:     |                      |
| DOMICILIO:  |                      |
| DELEGACION: | TELEFONO:            |
| SEXO:       | FECHA DE NACIMIENTO: |
| C.U.R.P.:   | UNIDAD MEDICA:       |

## 2.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES (Información proporcionada por el padre o tutor)

| No. | PATOLOGIA              | 1° | 2° | 3° | No. | PATOLOGIA          | 1° | 2° | 3° |
|-----|------------------------|----|----|----|-----|--------------------|----|----|----|
| 01  | TUBERCULOSIS           |    |    |    | 09  | ALCOHOLISMO        |    |    |    |
| 02  | CARDIOPATIAS           |    |    |    | 10  | OBESIDAD           |    |    |    |
| 03  | HIPERTENSION           |    |    |    | 11  | HEPATITIS          |    |    |    |
| 04  | EPILEPSIA              |    |    |    | 12  | TOXICOMANIAS       |    |    |    |
| 05  | ENF. MENTAL O NERVIOSA |    |    |    | 13  | ONCOLOGICOS        |    |    |    |
| 06  | DIABETES               |    |    |    | 14  | REUMATICOS         |    |    |    |
| 07  | TABAQUISMO             |    |    |    | 15  | OTRAS              |    |    |    |
| 08  | HEMOFILICOS            |    |    |    | 16  | NIEGA ANTECEDENTES |    |    |    |

## 3.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS (Información proporcionada por el padre o tutor)

| No. | PATOLOGIA              | 1° | 2° | 3° | No. | PATOLOGIA            | 1° | 2° | 3° |
|-----|------------------------|----|----|----|-----|----------------------|----|----|----|
| 01  | ALERGIAS               |    |    |    | 12  | CONVULSIONES         |    |    |    |
| 02  | CARIES                 |    |    |    | 13  | MENISGITIS           |    |    |    |
| 03  | AMIGDALITIS DE REP     |    |    |    | 14  | TRAUMATISMOS SEVEROS |    |    |    |
| 04  | RESPIRACION ORAL       |    |    |    | 15  | MUTILACIONES         |    |    |    |
| 05  | TOS PERSISTENTE        |    |    |    | 16  | MALFORMACIONES       |    |    |    |
| 06  | ASMA                   |    |    |    | 17  | ESTRABISMO           |    |    |    |
| 07  | TUBERCULOSIS           |    |    |    | 18  | TOXICOMANIAS         |    |    |    |
| 08  | CARDIOPATIAS           |    |    |    | 19  | ALCOHOLISMO          |    |    |    |
| 09  | DIARREAS FRECUENTES    |    |    |    | 20  | TABAQUISMO           |    |    |    |
| 10  | PARASITOSIS INTESTINAL |    |    |    | 21  | OTRAS                |    |    |    |
| 11  | HEPATITIS              |    |    |    | 22  | NIEGA ANTECEDENTES   |    |    |    |

## 4.- EXAMEN FISICO

|       |    |    |    |        |    |    |    |                           |
|-------|----|----|----|--------|----|----|----|---------------------------|
| PESO: | 1° | 2° | 3° | TALLA: | 1° | 2° | 3° | ESQUEMA DE INMUNIZACIONES |
|       | kg | kg | kg |        | cm | cm | cm |                           |

TIPO DE SANGRE: **A+ | O+ | B+ | AB+ | A- | O- | B- | AB-**

### COMPATIBILIDAD SANGUINEA

| TIPO DE SANGRE | PUUEDE DONAR A: | PUUEDE RECIBIR DE: |
|----------------|-----------------|--------------------|
| A+             | A+ AB+          | O+ O- A+ A-        |
| A-             | A+ A- AB+ AB-   | O- A-              |
| B+             | B+ AB+          | O+ O- B+ B-        |
| B-             | B+ B- AB+ AB-   | O- B-              |
| AB+            | AB+             | TODOS              |
| AB-            | AB+ AB-         | AB- O- A- B-       |
| O+             | A+B+ AB+ O+     | O+ O-              |
| O-             | TODOS           | O-                 |

| AGUDEZA VISUAL |     |     |     |
|----------------|-----|-----|-----|
|                | 1°  | 2°  | 3°  |
| O. D.          | 20/ | 20/ | 20/ |
| O. I.          | 20/ | 20/ | 20/ |
| CONCEPTO       | 1°  | 2°  | 3°  |
| NORMAL         |     |     |     |
| DISMINUIDA     |     |     |     |
| USA LENTES     |     |     |     |
| OTRAS          |     |     |     |

| AGUDEZA AUDITIVA |                |    |    |
|------------------|----------------|----|----|
| CONCEPTO         | 1°             | 2° | 3° |
| NORMAL           |                |    |    |
| DISMINUIDA       |                |    |    |
| PROTESIS         |                |    |    |
| OTRAS            |                |    |    |
| OIDO DERECHO     | OIDO IZQUIERDO |    |    |

| CARDIOVASCULAR    |    |    |    |
|-------------------|----|----|----|
| CONCEPTO          | 1° | 2° | 3° |
| NORMAL            |    |    |    |
| SOPLO FISIOLÓGICO |    |    |    |
| SOPLO ORGANICO    |    |    |    |
| ARRITMIAS         |    |    |    |
| OTRAS             |    |    |    |
| F. REUMATICA      |    |    |    |

| ESTADO NUTRICIONAL |    |    |    |
|--------------------|----|----|----|
| CONCEPTO           | 1° | 2° | 3° |
| NORMAL             |    |    |    |
| MALNUTRICION       |    |    |    |
| LEVE               |    |    |    |
| MODERADA           |    |    |    |
| SEVERA             |    |    |    |
| SOBREPESO          |    |    |    |
| OBESIDAD           |    |    |    |

| PROBLEMAS DE DESARROLLO |    |    |    |
|-------------------------|----|----|----|
| CONCEPTO                | 1° | 2° | 3° |
| MALTRATO                |    |    |    |
| PROB. DE CONDUCTA       |    |    |    |
| PROB. APRENDIZAJE       |    |    |    |
| PROB. DE LENGUAJE       |    |    |    |

| DIGESTIVO   |    |    |    |
|-------------|----|----|----|
| CONCEPTO    | 1° | 2° | 3° |
| NORMAL      |    |    |    |
| DIARREA     |    |    |    |
| PARASITOSIS |    |    |    |
| OTRAS       |    |    |    |

| PIEL        |    |    |    |
|-------------|----|----|----|
| CONCEPTO    | 1° | 2° | 3° |
| NORMAL      |    |    |    |
| PIODERMITIS |    |    |    |
| V. VULGARES |    |    |    |
| PEDICULOSIS |    |    |    |
| P. ALBA     |    |    |    |
| MICOSIS     |    |    |    |
| ESCABIASIS  |    |    |    |
| OTRAS       |    |    |    |

| MUSCULO ESQUELETICO |    |    |    |
|---------------------|----|----|----|
| CONCEPTO            | 1° | 2° | 3° |
| NORMAL              |    |    |    |
| ALT MIEMBRO SUP.    |    |    |    |
| DESV. COLUMNA       |    |    |    |
| ROD. VALGO VARO     |    |    |    |
| PIE PLANO           |    |    |    |
| EN TRATAMIENTO      |    |    |    |
| OTRAS               |    |    |    |

| RESPIRATORIO    |    |    |    |
|-----------------|----|----|----|
| CONCEPTO        | 1° | 2° | 3° |
| NORMAL          |    |    |    |
| RESFRIADO C.    |    |    |    |
| A HIPERTROFICAS |    |    |    |
| OTITIS          |    |    |    |
| BRONQUITIS      |    |    |    |
| ASMA            |    |    |    |
| OTRAS           |    |    |    |

| OTROS APARATOS Y SISTEMAS (Diagnóstico) |    |    |    |
|---|----|----|----|
| CONCEPTO                                | 1° | 2° | 3° |
|   |    |    |    |
|   |    |    |    |
|   |    |    |    |

| DIENTES TEMPORALES |                            |    |    |    |
|--------------------|----------------------------|----|----|----|
|                    | CONCEPTO                   | 1° | 2° | 3° |
| A                  | Diente Sano                |    |    |    |
| B                  | Diente Cariado             |    |    |    |
| C                  | Diente Opturado y Cariado  |    |    |    |
| D                  | Diente Obturado sin caries |    |    |    |
| E                  | Diente Ausente             |    |    |    |
| F                  | Parodontopatías            |    |    |    |
| G                  | Maloclusión                |    |    |    |

**SALUD BUCAL**

**ODONTOGRAMA**

|                         |    |    |    |    |    |    |    |                         |    |    |    |    |    |    |    |
|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 18                      | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21                      | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|                         |    |    |    |    |    |    |    |                         |    |    |    |    |    |    |    |
| DERECHO                 |    |    |    |    |    |    |    | IZQUIERDO               |    |    |    |    |    |    |    |
| 55 54 53 52 51          |    |    |    |    |    |    |    | 51 52 53 54 55          |    |    |    |    |    |    |    |
|                         |    |    |    |    |    |    |    |                         |    |    |    |    |    |    |    |
| 18 17 16 15 14 13 12 11 |    |    |    |    |    |    |    | 31 32 33 34 25 36 37 38 |    |    |    |    |    |    |    |
| FECHA DE REVISION       |    |    |    |    |    |    |    |                         |    |    |    |    |    |    |    |

| DIENTES PERMANENTES |                            |    |    |    |
|---------------------|----------------------------|----|----|----|
|                     | CONCEPTO                   | 1° | 2° | 3° |
| 0                   | Diente Sano                |    |    |    |
| 1                   | Diente Canado              |    |    |    |
| 2                   | Diente Obturado y Canado   |    |    |    |
| 3                   | Diente Obturado sin caries |    |    |    |
| 4                   | Diente Ausente             |    |    |    |
| 5                   | Parodontopatías            |    |    |    |
| 6                   | Maloclusión                |    |    |    |

**ESTE DOCUMENTO ES VIGENTE**  
 DEL \_\_\_ DE \_\_\_ DE \_\_\_  
 AL \_\_\_ DE \_\_\_ DE \_\_\_

SELLO  
 INSTITUCION  
 DE SALUD

|   |               |
|---|---------------|
| CLINICAMENTE APTO PARA ASISTIR A LA ESCUELA                     | SI ( ) NO ( ) |
| CLINICAMENTE APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS DE ESFUERZO | SI ( ) NO ( ) |

(NOMBRE, NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA)

**5.- DIAGNOSTICOS Y OBSERVACIONES (Primera revisión)**

Fomentar buenos hábitos bucales desde las primeras edades  
 contribuye a una vida sana

**6.- DERECHOHABIENCIA**

| CONCEPTO      | 1° | 2° | 3° |
|---------------|----|----|----|
| RECETA        |    |    |    |
| REFERENCIA    |    |    |    |
| S.S. P. D.F.  |    |    |    |
| SM.Y.U.DF     |    |    |    |
| I.S.S.S.TE.   |    |    |    |
| S.E.P.        |    |    |    |
| D.I.F. - D.F. |    |    |    |
| I.M.S.S.      |    |    |    |
| OTRAS         |    |    |    |

**7.- DIAGNOSTICOS Y CONCLUSIONES (Revisiones subsecuentes)**

| FECHA | NIVEL ESCOLAR | DIAGNOSTICOS | INST. MEDICA | NOMBRE, NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MEDICO |
|-------|---------------|--------------|--------------|---|
|       |               |              |              |   |
|       |               |              |              |   |
|       |               |              |              |   |



Tu salud nos mueve

