Provincia de Buenos Aires Dirección General de Cultura y Educación

Dirección de Educación Superior

**Instituto Superior de Formación Docente y Técnica Nº 52**

**ANEXO II EXÁMEN CLÍNICO**

Apellido y nombre..................................................................edad:..........años Domicilio:.............................................................teléfono:............................ CLÌNICO:......................................................................................................

**Motivo de consulta Antecedentes hereditarios**

Abuelos paternos: abuelo.................................. Abuela................................ Abuelos maternos: abuelo................................ Abuela.................................

**Antecedentes familiares**

Padre: ..........................................escolaridad................................................. Madre............................................escolaridad................................................ Hermanos......................................escolaridad................................................. **Antecedentes personales** (redondear lo que corresponda)  
Nacimiento: parto eutócico / cesárea / fórceps / vacuom  
Peso al nacer............................ Menarca........................................... R.m.s....................................... Hábitos...........................................

**Antecedentes patológicos** (redondear lo que corresponda) Sarampión si - no

Escarlatina si - no Coqueluche si - no Rubéola si –no Varicela si – no  
Difteria si - no

Intervenciones quirúrgicas.....................................................................

**Estado actual**

Peso........................ Altura...............Piel y faneras........................................... Panículo adiposo..................................... Sistema ganglionar............................. Tórax: Tipo............................................. Palpación...............................................

Auscultación..........................................

**Aparato cardiovascular**

Choque de la punta........................................ **Auscultación**: Área mitral......................área aórtica................. Área tricúsp................ Área pulmonar.....................

**Tensión Arterial:**

Sistólica................diastólica..................

**Pulso radial**

Frecuencia..................... Regular.........................irregular...................

**Reflejos**

Superficiales..................................... Profundos..................................... Abdomen..............................................................................................

**Análisis complementarios**

Examen radiológico................................................................................ Glucemia........................................................... Uremia.............................................................. Eritrosedimentación............................................ V.d.r.l............................................................... Orina................................................................

SELLO FIRMA y SELLO

INSTITUCIONAL ACLARACIÓN

MATRÍCULA  
 FECHA DE EMISIÓN