

**ANTROPOMETRÍA:**

Peso: _____

Talla: _____

Observaciones: _____

EX. POSTURAL:

Columna Completa: _____ Cabeza: _____

Miembros superiores: _____ Torax: _____

Miembros inferiores: _____ Observaciones: _____

EX. CLÍNICO APARATO RESPIRATORIO:

Auscultación: _____

Ruidos Agregados: _____

Observaciones: _____

EX. CLÍNICO DEL APARATO DIGESTIVO:

Inspección: _____

Palpación: _____

Observaciones: _____

EX. CLÍNICO NEUROLÓGICO:

Normal: _____

Patológico: _____

Observaciones: _____

EX. OFTALMOLÓGICO:

Agudeza visual: _____

O.D.: _____ O.I.: _____

Usa lentes de contacto o anteojos: _____

Observaciones: _____

EX. ODONTOLÓGICO:Cariados:

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ortodoncia Fija:

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

Perdidos:

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Movil:

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prótesis:

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EX. CLÍNICO CARDIOVASCULAR

T.A.: _____

Auscultación: _____

Ruidos Agregados: _____

Pulsos Periféricos: _____

Observaciones: _____

ELECTROCARDIOGRAMA BASAL (si corresponde)

Normal: _____

Patológico: _____

Observaciones: _____

ERGOMETRÍA (si corresponde)

Normal: _____

Patológico: _____

LABORATORIO:

Hemograma: _____

Glucemia: _____ Colesterolemia: _____

Trigliceridemia: _____

Creatinemia: _____ Orina completa: _____

Observaciones: _____



CERTIFICADO

/

OTROS EXÁMENES

Valoración Final

Apto

No Apto

Observaciones:

Lugar y Fecha: _____