



## EXAMEN FISICO

Apellido y Nombres:..... D.N.I.: .....

### APARIENCIA GENERAL

.....  
Piel y Mucosas..... Adenopatías.....  
Ojos..... Pupilas.....  
Nariz..... Garganta.....  
Audición.....  
Tiroides.....  
Abdomen.....  
Extremidades.....  
Antecedentes traumáticos.....

### APARATO RESPIRATORIO

Frecuencia Respiratoria.....  
Bronquios - Pulmones.....

### APARATO CIRCULATORIO

Frecuencia Cardíaca.....  
Auscultación de Corazón.....

### SISTEMA NERVIOSO

Reflejos.....

### SISTEMA MUSCULO - ESQUELETICO

.....

### INDICE DE MASA CORPORAL (IMC):

Peso: ..... Talla: .....

IMC =  $\text{Peso} / \text{Talla}^2$  .....

Normal: 20 - 25   
Sobrepeso: 25 - 30   
Obesidad: Más de 30

### Contextura Ósea:

Pequeña  Mediana  Grande



## SEXO FEMENINO

**Menarca:** ..... **Ciclo:** Cada ..... días **Dura** ..... días  
**Con dolor:** SI  NO

**Mamas:** .....

### Anormalidades del aparato genital

Indique anomalías del aparato genital que considere de interés:

.....

### Relaciones Sexuales

Cuando tiene relaciones sexuales:

¿Usa métodos de protección y/o anticonceptivo? Nunca  A veces  Siempre   
¿Cuáles de los siguientes métodos utiliza? Preserv.  DIU  Antic. Orales  Otros

¿Considera que está informada respecto a la correcta utilización de los métodos de protección?  
SI  NO

### Controles Ginecológicos y Embarazo

¿Cuándo fue la última vez que efectuó exámenes ginecológicos (mamas, Papanicolau, etc.)?

Menos de 6 meses  Entre 6 meses y un año  Más de un año  Nunca

¿Perdió algún embarazo? SI  NO

## SEXO MASCULINO

Dolor de Testículos: SI  NO

Hinchazón de testículos SI  NO

En las relaciones sexuales: ¿Usa preservativo? SI  NO  A VECES

¿Considera que está informado respecto a la correcta utilización de los métodos de protección?  
SI  NO

Indique anomalías del aparato genital que considere de interés:

.....

### Observaciones:

.....  
FECHA

.....  
Firma y Sello del Médico de la UNLPam  
o de Médico de Centro Sanitario u Hospital (Distancia)