



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)