

**Physical Record (Registro Físico)**

Nombre del niño	Sexo	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento
-----------------	------	---------------------	---------------------

**ENFERMEDADES FAMILIARES (marque únicamente las que apliquen)**

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Retardo mental | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Venéreas            | <input type="checkbox"/> Epilepsia      | <input type="checkbox"/> Cáncer   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental   | <input type="checkbox"/> Alcoholismo    |                                   |

Otras enfermedades \_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES ANTERIORES DEL NIÑO (marque únicamente las que apliquen y liste las fechas aproximadas de enfermedades anteriores).****DIGA LA FUENTE DE LA ANTERIOR INFORMACIÓN - ADJUNTE REGISTRO DE VACUNAS Y REFUERZOS.**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Varicela _____           | <input type="checkbox"/> Tos ferina _____       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____                     |
| <input type="checkbox"/> Influenza _____          | <input type="checkbox"/> Amigdalitis _____      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual _____ |
| <input type="checkbox"/> Paperas _____            | <input type="checkbox"/> Operaciones _____      | <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos _____              |
| <input type="checkbox"/> Paperas _____            | <input type="checkbox"/> Meningitis _____       | <input type="checkbox"/> Otros _____                            |
| <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina _____ | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Artritis _____           | <input type="checkbox"/> Neumonía _____         |   |
| <input type="checkbox"/> Heridas _____            |   |   |

**ENFERMEDADES CRÓNICAS DE ESTE NIÑO (lista de medicamentos prescritos para tratar las enfermedades crónicas)**

Mojar la cama (después de los 8 años)
Problemas crónicos de oído
Alergias
Desnutrición
Constipación
Otras enfermedades crónicas

**EXAMEN FÍSICO (Por favor escriba las recomendaciones al reverso)**

Fecha	F/N	Pulso	Vías nasales
Altura		Peso	Dientes
Peso normal	A-C	Bajo peso	Amígdalas
Desarrollo general			Glándulas
Problemas de postura			Corazón
Defectos ortopédicos			Pulmones
Hemoglobina o hematocritos			Piel y cuero cabelludo
Ojos			Abdomen
Visión - Prueba de Snellen R-20		L-20	Genitales
Oídos - (tímpanos)			Neurológico
Examen auditivo - Rt		L	Observaciones

