

## EXAMEN FISICO

| Evaluacion Neurologica:<br>( marque con una x según corresponda, si hay alguna anomalía ) | NORMAL | ANORMAL | DETALLE |
|---|--------|---------|---------|
| a) Orientación  |        |         |         |
| b) Memoria  |        |         |         |
| c) Nivel de conciencia  |        |         |         |
| d) Habla  |        |         |         |
| e) Diestro,..... Zurdo.....   |        |         |         |
| f ) Pares craneales   |        |         |         |
| g) Olfato ( I )   |        |         |         |
| h) Agudeza visual, campos visuales, pupila ( II )   |        |         |         |
| i) ( III - IV - VI ) Ptois, nistagmus, movimientos oculares, pupilas.                     |        |         |         |
| j) ( V ) Sensibilidad corneal y facial  |        |         |         |
| k) ( VII ) Simetría facial, frontal, ocular, labial                                       |        |         |         |
| l) ( VIII ) Oído  |        |         |         |
| m) ( IX - X ) Reflejo nauseoso, deglución, fonación                                       |        |         |         |
| n) ( XI ) Trapecio, Esternocleidomastoideo  |        |         |         |
| o) ( XII ) Protrusión, fasciculaciones, atrofia.  |        |         |         |
| p) Extremidades Superiores e inferiores: motilidad, fuerza, atrofia,                      |        |         |         |
| q) Cerebelo: Marcha, pruebas, movimientos alternativos rápidos                            |        |         |         |
| r) Movimientos anormales: Temblor, corea, postura   |        |         |         |
| s) Reflejos: Tendinosos, succión, prensión etc.   |        |         |         |

| Agudeza Visual         | OD | OI | AMBOS | C/CORRECCION | OD | OI | AMBOS |
|------------------------|----|----|-------|--------------|----|----|-------|
| CERCANA                |    |    |       |              |    |    |       |
| LEJANA                 |    |    |       |              |    |    |       |
| VISION CROMATICA _____ |    |    |       |              |    |    |       |

|                          |
|--------------------------|
| <b>Exámen Clínico :</b>  |
| Aparato cardiovascular : |
|                          |
| Aparato respiratorio :   |
|                          |
| Abdomen :                |
|                          |
| Aparato Locomotor :      |
|                          |
| Observaciones :          |
|                          |

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO