

EXAMEN FÍSICO

Evaluación Neurológica:	NORMAL		ANORMAL		DETALLE
(marque con una "x" según corresponda, si hay alguna)					
a) Orientación					
b) Memoria					
c) Nivel de conciencia					
d) Habla					
e) Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/>					
f) Pares craneales					
g) Olfato (I)					
h) Agudeza visual, campos visuales, pupila (II)					
i) (III - IV - VI) Ptosis, nistagmus, movimientos oculares, pupilas					
j) (V) Sensibilidad corneal y facial					
k) (VII) Simetría facial, frontal, ocular, labial					
l) (VIII) Oído					
m) (IX - X) Reflejo nauseosos, deglución, fonación					
n) (XI) Protusión, 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 presión, etc.					

Agudeza visual	OD	OI	AMBOS	C/CORRECC	OD	OI	AMBOS
CERCANA							
LEJANA							
VISIÓN CROMÁTICA	SI						

EXÁMEN CLÍNICO:
Aparato cardiovascular:
Aparato respiratorio:
Abdomen:
Aparato locomotor:
Observaciones