



Nombre: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

REVISION DE LOS SISTEMAS

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Neurológico _____         | <input type="checkbox"/> GI _____               | <input type="checkbox"/> Cardiovascular _____      |
| <input type="checkbox"/> GU _____                  | <input type="checkbox"/> Cerebro vascular _____ | <input type="checkbox"/> Musculoesqueléticos _____ |
| <input type="checkbox"/> Periférico Vascular _____ | <input type="checkbox"/> Dermatológico _____    | <input type="checkbox"/> Hematológico _____        |

EXAMEN FISICO

Temperatura \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Presión \_\_\_\_\_  
Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Respiración \_\_\_\_\_  
Aspecto General \_\_\_\_\_

	N	AB	Notas
Piel			
HEENT			
Cuello			
<input type="checkbox"/> Tiroides			
<input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos			
<input type="checkbox"/> Venas/ Carotidos?			
Pecho			
Pulmones			
Corazón			
Abdomen			
Genitales			
Recto			
Extremidades			
<input type="checkbox"/> Articulaciones			
<input type="checkbox"/> Clubbing/cyanosis?			
<input type="checkbox"/> Pulso periferico			
Edema			
Neurologico			

EXAMENES ORDENADOS

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rayos X del Pecho _____ | <input type="checkbox"/> Enema de bario? _____    | <input type="checkbox"/> Examen de la TB _____                           | <input type="checkbox"/> Flexsigmoidoscopy _____  |
| <input type="checkbox"/> Rayos X Renal _____     | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar _____    | <input type="checkbox"/> Contraste de aire: Serie de Obstrucciones _____ | <input type="checkbox"/> ERCP _____               |
| <input type="checkbox"/> Series UGI _____        | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma _____ | <input type="checkbox"/> Encoscopia _____                                | <input type="checkbox"/> Biopsia del Hígado _____ |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia _____      | <input type="checkbox"/> Exámenes de sangre _____ | <input type="checkbox"/> ELISA _____                                     | <input type="checkbox"/> ALT Elevado _____        |

IMPRESIONES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_