

Examen Físico Pediátrico

Información de la Clínica/Hospital

Nombre:

Dirección:

Número de contacto:

Médico/Pediatra:

Fecha de examen:

Hora del examen:

Información del paciente

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Género:

Nombre del padre/tutor:

Motivo de la visita:

Historial médico

Antecedentes médicos:

Estado de inmunización:

Alergias (si las hubiera):

Medicamentos:

Antecedentes médicos familiares:

Hábitos dietéticos:

Nivel de actividad física:

Signos vitales

Temperatura:

Frecuencia cardíaca:

Frecuencia respiratoria:

Presión arterial:

Saturación de oxígeno:

Mediciones de crecimiento

Peso:

Altura/Longitud:

Circunferencia de la cabeza (bebés):

IMC (si corresponde):

Examen físico

1. Apariencia general

Comportamiento:

Estado nutricional:

Nivel de actividad:

2. Piel

Inspección en busca de erupciones cutáneas, lesiones, hematomas:

3. Cabeza y cuello

Forma de la cabeza y fontanelas (bebés):

Ojos (respuesta pupilar, reflejo rojo):

Oídos (audición, aspecto de la membrana timpánica):

Nariz y garganta (mucosas, amígdalas, dientes):

4. Cardiovascular

Sonidos cardíacos:

Pulsos:

5. Respiratorio

Sonidos de respiración:

Efecto respiratorio:

6. Gastrointestinal

Palpación abdominal:

Tamaño del hígado/bazo:

7. Musculoesquelético

Rango de movimiento:

Tono muscular y fuerza:

8. Neurológico

Reflejos:

Función sensorial y motora:

9. Genitourinario (según se indique)

Genitales externos:

Examen de desarrollo

Hitos alcanzados:

Áreas de preocupación:

Inmunizaciones y atención preventiva

Administrados hoy:

Programadas para la próxima cita:

Evaluación y plan

Resultados:

Diagnósticos:

Recomendaciones de tratamiento:

Instrucciones de seguimiento:

Firma del médico

Fecha:

Reconocimiento/acuse de recibo de los padres/tutores

Yo, _____, Reconozco los hallazgos y recomendaciones del examen físico de hoy.

Firma:

Fecha: