



FICHA DE EXAMEN FÍSICO

Apellido y Nombre:			
Nº Registro:		Categoría:	
Fecha de Nacimiento:		D.N.I.:	Edad:
Estado Civil:			
Domicilio:		Localidad:	Nº de Teléfono:
Altura:	Peso:	Nº de Buceos y profundidad máxima alcanzada en los últimos 6 meses:	

ANTECEDENTES PERSONALES: ha padecido o padece de:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Fiebre Reumática			Anemia			Pérdida de Conciencia		
Neumonía - Bronconeumonía			Diabetes			Pérdida de Memoria		
Asma Bronquial			Trastornos Digestivos			Epilepsia - Convulsiones		
Rinitis a Repetición			Infecciones Urinarias			Depresión - Irritabilidad		
Otitis - Sinusitis			Enf. de Chagas			Vértigos - Mareos		
Anginas a Repetición			Sífilis			Insomnios		
Bronquitis Crónica			Otras enfer. Venéreas			Tabaquismo		
Hipertensión Arterial			Artritis - Artrosis			Hábitos Alcohólicos		
Hipotensión Arterial			Traumatismo - Heridas			Adicción a Drogas		
Palpitaciones			Fracturas - Luxaciones			Trastornos Menstruales		
Dolores de Pecho			Lumbago - Ciática			Intervención Quirúrgica		
Varices - Hemorroides			Traumatismo de Cráneo			Internaciones		
Intolerancia a los medicamentos?	SI	NO	Especificar:					
Ha sido o esta suspendido de la actividad del buceo?	SI	NO	Comentarios:					

Declaro que los datos que anteceden aportados por mí, son la fiel expresión de la verdad y constituye carácter de "Declaración Jurada".

.....
FIRMA DEL EXAMINADO

EXAMEN CLÍNICO

Normal	Anormal	Descripción/ Diagnóstico
		Cabeza - Cara
		Cuello (Pulsos - Soplos - etc.)
		Tórax y Pulmones
		Corazón
		Sistema Vascular
		Abdomen y Vísceras (Hernia)
		Ano y Recto (Hemorr.Fistulas etc.)
		Sistema Endocrino
		Sistema Genito - Urinario
		Columna Vertebral
		Ext. Superiores
		Ext. Inferiores
		Piel y linfáticos
		Seña Particular -Tatuajes -Cicatrices

EXAMEN CARDIOLÓGICO

Presión Arterial	Sist.	Diast.	Pulso	AUSCULTACIÓN:
------------------	-------	--------	-------	---------------

COMENTARIOS:

.....

.....

.....
Firma/Aclaración y Nº Matrícula del Médico Examinante

FECHA: / /

EXÁMEN BUCO-MAXILO-FACIAL

ANTECEDENTES PERSONALES:	SI	NO	ESPECIFICAR EN EL CASO NECESARIO
Ha sufrido algún accidente odontológico buceando			Especificar:
Visito al odontólogo últimamente.			Especificar fecha:
Ultimo tratamiento realizado por un profesional odontólogo			Especificar:
Sufre de algún tipo de sintomatología odontológica durante la inmersión o la emersión			Especificar característica de la misma y la zona o pieza dental afectada:
¿Suele presentar sintomatología dolorosa e inflamación en la zona de los terceros molares tanto superiores como inferiores?			Especificar:
¿Percibe que algunos de sus dientes poseen movilidad?			Especificar:
Sufre de algún tipo de sintomatología odontológica durante sus actividades cotidianas			Especificar característica de la misma y la zona o pieza dental afectada:
Usa prótesis			Especificar indique el tipo y antigüedad de la misma:
Sufre de sintomatología dolorosa al realizar movimientos de apertura, cierre o lateralidad en la zona preauricular			Especificar:
Considera que sus músculos masticatorios se fatigan al morder constantemente la boquilla durante la inmersión			
Si es portador de prótesis removible (completa o parcial) bucea con ella puesta?.			
Sufrió algún Traumatismo facial? Indique tratamiento de haberlo tenido.			Especificar:
¿Nota cambios en la calidad y cantidad de secreción salival?			Especificar:
¿Presenta algún tipo de sintomatología durante las comidas?			Especificar:
<p>Declaro que los datos que anteceden aportados por mí, son la fiel expresión de la verdad y constituye carácter de "Declaración Jurada".</p>			<p>..... FIRMA, ACLARACIÓN Y D.N.I DEL EXAMINADO</p>

ESTADO ACTUAL

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center;">21</td><td style="text-align: center;">22</td><td style="text-align: center;">23</td><td style="text-align: center;">24</td><td style="text-align: center;">25</td><td style="text-align: center;">26</td><td style="text-align: center;">27</td><td style="text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td><td style="text-align: center;">47</td><td style="text-align: center;">46</td><td style="text-align: center;">45</td><td style="text-align: center;">44</td><td style="text-align: center;">43</td><td style="text-align: center;">42</td><td style="text-align: center;">41</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center;">31</td><td style="text-align: center;">32</td><td style="text-align: center;">33</td><td style="text-align: center;">34</td><td style="text-align: center;">35</td><td style="text-align: center;">36</td><td style="text-align: center;">37</td><td style="text-align: center;">38</td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">55</td><td style="text-align: center;">54</td><td style="text-align: center;">53</td><td style="text-align: center;">52</td><td style="text-align: center;">51</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center;">61</td><td style="text-align: center;">62</td><td style="text-align: center;">63</td><td style="text-align: center;">64</td><td style="text-align: center;">65</td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">85</td><td style="text-align: center;">84</td><td style="text-align: center;">83</td><td style="text-align: center;">82</td><td style="text-align: center;">81</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center;">71</td><td style="text-align: center;">72</td><td style="text-align: center;">73</td><td style="text-align: center;">74</td><td style="text-align: center;">75</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38										55	54	53	52	51		61	62	63	64	65										85	84	83	82	81		71	72	73	74	75	<p>REFERENCIA</p> <p>CARIES CURABLES o</p> <p>EXTRACCIONES =</p> <p>DIENTE AUSENTE x</p> <p>OBSTURACION /</p> <p>PARADENTOSIS Pd</p> <p>CORONA O</p> <p>PERNO MUÑON PM</p> <p>INGRUSTACION I</p> <p>P. FIJA □</p> <p>P. REMOVIBLE □</p> <p>ORTODONCIA ~</p>
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28																																																											
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38																																																											
									55	54	53	52	51		61	62	63	64	65																																																								
									85	84	83	82	81		71	72	73	74	75																																																								
DERECHA	IZQUIERDA																																																																										

TRATAMIENTOS REALIZADOS

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center;">21</td><td style="text-align: center;">22</td><td style="text-align: center;">23</td><td style="text-align: center;">24</td><td style="text-align: center;">25</td><td style="text-align: center;">26</td><td style="text-align: center;">27</td><td style="text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td><td style="text-align: center;">47</td><td style="text-align: center;">46</td><td style="text-align: center;">45</td><td style="text-align: center;">44</td><td style="text-align: center;">43</td><td style="text-align: center;">42</td><td style="text-align: center;">41</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center;">31</td><td style="text-align: center;">32</td><td style="text-align: center;">33</td><td style="text-align: center;">34</td><td style="text-align: center;">35</td><td style="text-align: center;">36</td><td style="text-align: center;">37</td><td style="text-align: center;">38</td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">55</td><td style="text-align: center;">54</td><td style="text-align: center;">53</td><td style="text-align: center;">52</td><td style="text-align: center;">51</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center;">61</td><td style="text-align: center;">62</td><td style="text-align: center;">63</td><td style="text-align: center;">64</td><td style="text-align: center;">65</td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">85</td><td style="text-align: center;">84</td><td style="text-align: center;">83</td><td style="text-align: center;">82</td><td style="text-align: center;">81</td><td style="border-left: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center;">71</td><td style="text-align: center;">72</td><td style="text-align: center;">73</td><td style="text-align: center;">74</td><td style="text-align: center;">75</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38										55	54	53	52	51		61	62	63	64	65										85	84	83	82	81		71	72	73	74	75	<p>REFERENCIA</p> <p>CARIES CURABLES o</p> <p>EXTRACCIONES =</p> <p>DIENTE AUSENTE x</p> <p>OBSTURACION /</p> <p>PARADENTOSIS Pd</p> <p>CORONA O</p> <p>PERNO MUÑON PM</p> <p>INGRUSTACION I</p> <p>P. FIJA □</p> <p>P. REMOVIBLE □</p> <p>ORTODONCIA ~</p>
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28																																																											
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38																																																											
									55	54	53	52	51		61	62	63	64	65																																																								
									85	84	83	82	81		71	72	73	74	75																																																								
DERECHA	IZQUIERDA																																																																										

COMENTARIOS:

.....

.....
Firma/Aclaración y Nº Matrícula del Odontólogo Examinante
FECHA: / /