



**Anexo III**

**Formato de la Revisión Médica**

Fundamento:

Artículos 1, 43, 46, 49 y 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes  
Observación General número 6, fracción V inciso A y 9 fracción VII del Comité de los Derechos del Niño

FECHA:

NO. DE EXPEDIENTE:

**I. DATOS GENERALES**

NOMBRE:	
EDAD:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL:	ESCOLARIDAD: <input type="checkbox"/>
RELIGIÓN: SUBSECUENTE	EVALUACIÓN MÉDICA: INICIAL <input type="checkbox"/>
TIPO DE ENTREVISTA	DIRECTO: <input type="checkbox"/> INDIRECTO: <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:	
RELACIÓN CON NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTES	

**II. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

ACTIVIDAD FÍSICA: DIARIA  SEMANAL  OCASIONAL

ALIMENTACIÓN: BALANCEADA \_\_\_\_\_  
NO BALANCEADA \_\_\_\_\_

ASEO PERSONAL: DIARIO \_\_\_\_\_ CADA TERCER DÍA \_\_\_\_\_ SEMANAL \_\_\_\_\_

ASEO BUCAL: DIARIO \_\_\_\_\_ (cuántas veces al día) \_\_\_\_\_ CADA TERCER DÍA \_\_\_\_\_ SEMANAL \_\_\_\_\_

DATOS DE LA VIVIENDA: PISO \_\_\_\_\_ TECHO \_\_\_\_\_  
VENTILACIÓN \_\_\_\_\_



**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia  
Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes**

ZONOSIS \_\_\_\_\_ TIPO DE ZONOSIS \_\_\_\_\_

INMUNIZACIONES  
\_\_\_\_\_

**III. INSPECCIÓN GENERAL:**

Empty box for general inspection notes.

**IV. EXPLORACIÓN FÍSICA:**

**SIGNOS VITALES**

TA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_  
PULSO \_\_\_\_\_ TEMPERATURA \_\_\_\_\_

**SOMATOMETRIA**

ESTATURA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_ ICC \_\_\_\_\_

**CABEZA:** DEFORMIDADES: SI  NO  CRÁNEO:   CARA:  A

CUELLO: N  A

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AGUDEZA AUDITIVA:** OIDO DER: N  A  OIDO IZQ: N  A





**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia  
Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes**

**AGUDEZA VISUAL:** VISIÓN CROMÁTICA: N  A  REFLEJOS OCULARES: N  A

**TORAX:** REGIÓN PRECORDIAL: N  A  CAMPOS PULMONARES: N  A

**ABDOMEN:** VISCEROMEGALIAS SI  NO  HERNIAS SI  NO   
GENITOURINARIO N  A  REGIÓN PERINEAL N  A

**SISTEMA NERVIOSO:** COORDINACIÓN: N  A  SENSIBILIDAD: N  A   
MARCHA: N  A  PARES CRANEALES N  A   
EQUILIBRIO: N  A

**SISTEMA VASCULAR PERIF.** INSUF. VENOSA SI  NO  ULCERACIONES SI  NO

**COLUMNA:** ESCOLIOSIS SI  NO  XIFOSIS SI  NO

**PIEL:** CICATRICES SI  NO

DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NEVOS: SI  NO  TATUAJES: SI  NO

**EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES:** INTEGRIDAD SI  NO

FUERZA MUSCULAR N  A  TONO N  A  SENSIBILIDAD N  A

ROT N  A  ARTICULACIONES N  A  ARCOS DE MOVILIDAD N  A

**PERSONA CON DISCAPACIDAD:** SI  NO





**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia  
Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes**

OBSERVACIONES

NOTA AGREGADA:

**LOS CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS MASCULINOS** CON BARBA -----, BIGOTE -----, VELLO AXILAR -----CON DESARROLLADO-----,VELLO DE ABDOMEN Y TÓRAX -----CON O -----SIN ---- DESARROLLADO, CAVIDAD ORAL CON----- AUSENCIA O PRESENCIA -----DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES Y AUSENCIA----- O PRESENCIA ----- DE TERCEROS MOLARES INFERIORES.

**LOS CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS FEMENINOS** CON PRESENCIA DE -----GLÁNDULA MAMARIA DESARROLLADA O NO ----- Y AREOLA ----- SIN O CON SEPARACIÓN DE SUS CONTORNOS, PELO AXILAR PRESENTE ----- EN CANTIDAD -----LIGERAMENTE PIGMENTADO-----, CAVIDAD ORAL CON AUSENCIA O PRESENCIA DE -----DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES Y AUSENCIA O PRESENCIA DE ----- DE TERCEROS MOLARES INFERIORES, CON PRESENCIA O AUSENCIA DE----- SEGUNDO MOLARES SUPERIORES E INFERIORES.

**v. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:**

**Médico Responsable**

Nombre/ Firma/Cédula

