

REGISTRO MÉDICO DEL ADOLESCENTE



MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE EMPLEO

MINISTERIO DE TRABAJO
Y PREVISIÓN SOCIAL

, de de

NOMBRE DEL ADOLESCENTE:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO DE CONTACTO:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

PESO:

ESTATURA:

ANTECEDENTES HEREDITARIOS:

CABEZA:

TORAX:

ABDÓMEN:

OBSERVACIONES:

TIPO DE EXÁMEN	FECHA	RESULTADOS
Hemograma		
General de Heces		
General de Orina		

Firma del Menor

Firma del Médico