

**EXAMENES ESPECIALES**

**FECHA**  
 dd / mm / aa

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXAMINADO**

Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre

**ORGANOS DE LOS SENTIDOS**

**Reportar los valores que se deriven de la valoración de agudeza visual según la tabla de SNELL**

<b>OJOS</b>	<b>D</b>	AG. VISUAL	PTERIGIO	VIAS LACRIMALES	FONDO DE OJO
		SC:			
	<b>I</b>	CC:			
		SC:			
	CC:				

<b>OIDOS</b>	<b>D</b>	AG. AUDITIVA	CON. AUD. EXT.	TIMPANO
	<b>I</b>			

<b>GARGANTA</b>	AMIGDALAS	FARINGE	LARINGE

<b>NARIZ</b>	TABIQUE	CORNETES	MUCOSAS

<b>SENOS PARANASALES</b>	FRONTALES	MAXILARES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MEDICO (Que examina),

---

FIRMA SELLO (con nombre y Registro)

**DIAGNOSTICO Y OBSERVACIONES**

---



---



---



---



---

**EXÁMEN ODONTOLÓGICO**

ORTODONCIA	PROTESIS PARCIAL FIJA	PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE	PROTESIS TOTAL
SUPERIOR	SUPERIOR	SUPERIOR	SUPERIOR
INFERIOR	INFERIOR	INFERIOR	INFERIOR

**DIAGNOSTICO Y OBSERVACIONES**

---



---



---

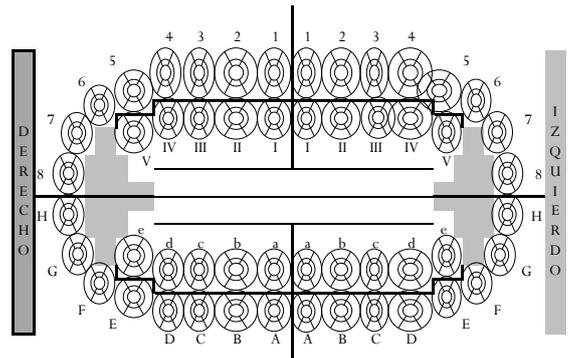


---

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ODONTOLOGO (Que examina),

---

FIRMA SELLO (con nombre y Registro)



<b>ROJO:</b> O CORONA X RESTO R. INCLUIDO	<b>VERDE:</b> RESINA SELLANTE	<b>AZUL:</b> AMALGAMA <b>NEGRO:</b> CARIES CEMENTO
--	----------------------------------	---

( Uso exclusivo de la Autoridad Médico Laboral )

<b>CONCEPTO:</b> APTO <input type="checkbox"/> NO APTO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>	
<b>OBSERVACIONES:</b>	

FIRMA / SELLO (con Nombre y RM)