

DEPARTAMENTO MÉDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA



COMISION LOCAL  
DE  
EDUCACION FISICA

Nombre *José Marcos Acevedo*  
Nombre de los padres *José Marcos Acevedo - Fortunata Domínguez*  
Documento de identidad *G. A. B. 2764*  
Lugar y fecha de nacimiento *Cerro Largo. 12 Octubre de 1927*  
Domicilio *6<sup>ta</sup> Vera y Sarandi*  
Profesión *Empleado* Estado *Soltero* sabe leer  
Vacuna antivariólica *positiva*  
Antecedentes deportivos *Foot-ball. Basket-ball. Volley-ball*

EXAMEN ANTROPOMETRICO

|                     |                      |  |  |  |  |
|---------------------|----------------------|--|--|--|--|
| Fecha               | <i>15 Enero 1953</i> |  |  |  |  |
| Edad                | <i>25</i>            |  |  |  |  |
| Peso                | <i>72</i>            |  |  |  |  |
| Estatura            | <i>1.70</i>          |  |  |  |  |
| Talla sentado       | <i>86 1/2</i>        |  |  |  |  |
| Perim. máximo tórax | <i>94</i>            |  |  |  |  |
| Perim. mínimo tórax | <i>89</i>            |  |  |  |  |
| Perimetro abdominal | <i>78</i>            |  |  |  |  |
| Capacidad vital     | <i>5.000</i>         |  |  |  |  |
| Tipo morfológico    |                      |  |  |  |  |
| Observaciones       |                      |  |  |  |  |



|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| CARIES 2 <sup>da</sup> Gr.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" EXTRAER<br>USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. | RE-EXAMENES<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma |
| CARIES 2 <sup>da</sup> Gr.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" EXTRAER<br>USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. | RE-EXAMENES<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma |

ODONT. EXAM. FECHA

ODONT. EXAM. FECHA

ODONT. EXAM. FECHA

ODONT. EXAM. FECHA

Nombre

Anteced. familiares

Anamnesis

Fecha

Médico examinador

Sist. ósteo-articular

Sist. neuro-muscular

Visión

Audición

Mentalidad

Piel

Sistema linfático

Amígdalas

Aparato digestivo

Hernias

Sistema endócrino

Nutrición-Postura

Aparato respiratorio

Pulso estát. y dinám.

Tensión arterial

Aparato circulatorio

Orina

Sangre



DIVISION LOCAL  
DE  
EDUCACION FISICA  
RIVERA

EXAMENES Y ANALISIS ESPECIALES

Fecha

I D P

M 1/10

ROENTGENFOTOFRAFIA — PLACA

B C. G.

Nov. 993

Examinado en Hospital  
San José. Manuel

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO MÉDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA

Nombre *Estefanio Brosteguy Diaz*  
Nombre de los padres *Saturino - Doralina*  
Documento de identidad *HBA 4238*  
Lugar y fecha de nacimiento *Rivera - 3 Agosto 1929*  
Domicilio *St. Carimela 7487*  
Profesión *Empleado* Estado *casado* sabe leer  
Vacuna antivariólica *negativa*  
Antecedentes deportivos *Futbol*

EXAMEN ANTROPOMETRICO

Fecha *20 Enero 1953*  
Edad *23*  
Peso *71*  
Estatura *180*  
Talla sentado *90 1/2*  
Perim. máximo tórax *93*  
Perim. mínimo tórax *84*  
Perímetro abdominal *76*  
Capacidad vital *4750*  
Tipo morfológico  
Observaciones



|                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| CARIES 2º G.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" EXTRAER<br>USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. | RE-EXAMENES<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma | CARIES 2º G.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" EXTRAER<br>USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. | RE-EXAMENES<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|



ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



DEPARTAMENTO MEDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA

|                             |                               |           |    |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------|----|
| Nombre                      | Angel Haute Barrios           |           |    |
| Nombre de los padres        | Enzo Barrios - Ricalina Monje |           |    |
| Documento de identidad      | B. L. B. 12-172               |           |    |
| Lugar y fecha de nacimiento | Artigas 10 de Mayo 1929       |           |    |
| Domicilio                   | Resimiento Caballero 31       |           |    |
| Profesión                   | Estado                        | sabe leer |    |
| Vacuna antivariólica        | positiva                      | soltero   | si |
| Antecedentes deportivos     | Atletismo Fútbol Basket Ball  |           |    |

EXAMEN ANTROPOMETRICO

|                     |                 |  |  |  |
|---------------------|-----------------|--|--|--|
| Fecha               | 13 de Mayo 1953 |  |  |  |
| Edad                | 23              |  |  |  |
| Peso                | 86              |  |  |  |
| Estatura            | 1.74            |  |  |  |
| Talla sentado       | 83 1/2          |  |  |  |
| Perím. máximo tórax | 101             |  |  |  |
| Perím. mínimo tórax | 88              |  |  |  |
| Perímetro abdominal | 81              |  |  |  |
| Capacidad vital     | 4.500           |  |  |  |
| Tipo morfológico    |                 |  |  |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                          |                                          |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| <div><div>Y Y Y Q + X</div><div>CARIES 2do. Gr.<br/>PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>OBTURADOS<br/>AUSENTES<br/>Para EXTRAER X</div><div>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</div></div> <div><div>Y Y Y Q + X</div><div>CARIES 2do. Gr.<br/>PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>OBTURADOS<br/>AUSENTES<br/>Para EXTRAER X</div><div>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</div></div> <div><div>Y Y Y Q + X</div><div>CARIES 2do. Gr.<br/>PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>OBTURADOS<br/>AUSENTES<br/>Para EXTRAER X</div><div>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</div></div> <div><div>Y Y Y Q + X</div><div>CARIES 2do. Gr.<br/>PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>OBTURADOS<br/>AUSENTES<br/>Para EXTRAER X</div><div>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</div></div> <tr><td><div>ODONT. EXAM.</div><div>FECHA</div></td><td><div>ODONT. EXAM.</div><div>FECHA</div></td><td><div>ODONT. EXAM.</div><div>FECHA</div></td><td><div>ODONT. EXAM.</div><div>FECHA</div></td></tr> | <div>ODONT. EXAM.</div> <div>FECHA</div> | <div>ODONT. EXAM.</div> <div>FECHA</div> | <div>ODONT. EXAM.</div> <div>FECHA</div> | <div>ODONT. EXAM.</div> <div>FECHA</div> |
| <div>ODONT. EXAM.</div> <div>FECHA</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div>ODONT. EXAM.</div> <div>FECHA</div> | <div>ODONT. EXAM.</div> <div>FECHA</div> | <div>ODONT. EXAM.</div> <div>FECHA</div> |                                          |

[illegible]

COMISION LOCAL  
DE  
EDUCACION FISICA  
RIVERA

Ellis Bazze

Documento de identidad 15 332

Lugar y fecha de nacimiento *Pivera 10 Febrero 1932*

Domicilio *Artigas 542*

Profesión *Empleado*

Estado Palermo

sabe leer

Vacuna antivariólica *Positiva*

Antecedentes deportivos *Tutbol*

### EXAMEN ANTROPOMETRICO

Fecha 20 Enero 1953

Edad 27

Peso 62

|          |    |
|----------|----|
| Estatura | 17 |
|----------|----|

Talla sentado

Perím. máximo tórax

Perím. mínimo tórax

Perímetro abdominal

Capacidad vital

### Tipo morfológico

Observaciones



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                           |  |
| ODONT. EXAM. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | FECHA _____                                                                                                                                                  |  |
| <p>CARIES 2<sup>da</sup> G<sup>ra</sup> _____<br/>         " PENET. _____<br/>         DIENTES TRAT. RAD. _____<br/>         " OBTURADOS _____<br/>         " AUSENTES _____<br/>         " Pain EXTRAER _____<br/>         USO CEPILLO _____<br/>         COND. HIGIENICAS _____<br/>         ENF. MASTIC. _____<br/>         EN ASISTENCIA _____<br/>         PARADENTOSIS _____<br/>         MALOC. _____<br/>         PROTESIS _____<br/>         OBSERV. _____</p> |  | <p>RE-EXAMENES</p> <p>Fecha _____<br/>         Plazo _____<br/>         Firma _____</p> <p>Fecha _____<br/>         Plazo _____<br/>         Firma _____</p> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                           |  |
| ODONT. EXAM. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | FECHA _____                                                                                                                                                  |  |
| <p>CARIES 2<sup>da</sup> G<sup>ra</sup> _____<br/>         " PENET. _____<br/>         DIENTES TRAT. RAD. _____<br/>         " OBTURADOS _____<br/>         " AUSENTES _____<br/>         " Pain EXTRAER _____<br/>         USO CEPILLO _____<br/>         COND. HIGIENICAS _____<br/>         ENF. MASTIC. _____<br/>         EN ASISTENCIA _____<br/>         PARADENTOSIS _____<br/>         MALOC. _____<br/>         PROTESIS _____<br/>         OBSERV. _____</p> |  | <p>RE-EXAMENES</p> <p>Fecha _____<br/>         Plazo _____<br/>         Firma _____</p> <p>Fecha _____<br/>         Plazo _____<br/>         Firma _____</p> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                           |  |
| ODONT. EXAM. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | FECHA _____                                                                                                                                                  |  |
| <p>CARIES 2<sup>da</sup> G<sup>ra</sup> _____<br/>         " PENET. _____<br/>         DIENTES TRAT. RAD. _____<br/>         " OBTURADOS _____<br/>         " AUSENTES _____<br/>         " Pain EXTRAER _____<br/>         USO CEPILLO _____<br/>         COND. HIGIENICAS _____<br/>         ENF. MASTIC. _____<br/>         EN ASISTENCIA _____<br/>         PARADENTOSIS _____<br/>         MALOC. _____<br/>         PROTESIS _____<br/>         OBSERV. _____</p> |  | <p>RE-EXAMENES</p> <p>Fecha _____<br/>         Plazo _____<br/>         Firma _____</p> <p>Fecha _____<br/>         Plazo _____<br/>         Firma _____</p> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                           |  |
| ODONT. EXAM. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | FECHA _____                                                                                                                                                  |  |
| <p>CARIES 2<sup>da</sup> G<sup>ra</sup> _____<br/>         " PENET. _____<br/>         DIENTES TRAT. RAD. _____<br/>         " OBTURADOS _____<br/>         " AUSENTES _____<br/>         " Pain EXTRAER _____<br/>         USO CEPILLO _____<br/>         COND. HIGIENICAS _____<br/>         ENF. MASTIC. _____<br/>         EN ASISTENCIA _____<br/>         PARADENTOSIS _____<br/>         MALOC. _____<br/>         PROTESIS _____<br/>         OBSERV. _____</p> |  | <p>RE-EXAMENES</p> <p>Fecha _____<br/>         Plazo _____<br/>         Firma _____</p> <p>Fecha _____<br/>         Plazo _____<br/>         Firma _____</p> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                          |  |
| ODONT. EXAM. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | FECHA _____                                                                                                                                                  |  |
| <p>CARIES 2<sup>da</sup> G<sup>ra</sup> _____<br/>         " PENET. _____<br/>         DIENTES TRAT. RAD. _____<br/>         " OBTURADOS _____<br/>         " AUSENTES _____<br/>         " Pain EXTRAER _____<br/>         USO CEPILLO _____<br/>         COND. HIGIENICAS _____<br/>         ENF. MASTIC. _____<br/>         EN ASISTENCIA _____<br/>         PARADENTOSIS _____<br/>         MALOC. _____<br/>         PROTESIS _____<br/>         OBSERV. _____</p> |  | <p>RE-EXAMENES</p> <p>Fecha _____<br/>         Plazo _____<br/>         Firma _____</p> <p>Fecha _____<br/>         Plazo _____<br/>         Firma _____</p> |  |



DEPARTAMENTO - MÉDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA

Nombre *Julber da Silva Camelo*  
Nombre de los padres *Laurindo - Delmira*  
Documento de identidad *12.644*  
Lugar y fecha de nacimiento *Rivera - 7 Diciembre 1931*  
Domicilio *Pantaleón Quesada 707*  
Profesión *Estudiante* Estado *coltero* sabe leer  
Vacuna antivariólica *positiva*  
Antecedentes deportivos *Futbol - Basquetbol - Natación - Volley Ball*

EXAMEN ANTROPOMETRICO

|                     |                      |  |  |  |  |  |
|---------------------|----------------------|--|--|--|--|--|
| Fecha               | <i>20 Enero 1953</i> |  |  |  |  |  |
| Edad                | <i>21</i>            |  |  |  |  |  |
| Peso                | <i>66</i>            |  |  |  |  |  |
| Estatura            | <i>165</i>           |  |  |  |  |  |
| Talla sentado       | <i>89</i>            |  |  |  |  |  |
| Perim. máximo tórax | <i>88</i>            |  |  |  |  |  |
| Perim. mínimo tórax | <i>84</i>            |  |  |  |  |  |
| Perímetro abdominal | <i>75</i>            |  |  |  |  |  |
| Capacidad vital     | <i>3950</i>          |  |  |  |  |  |
| Tipo morfológico    |                      |  |  |  |  |  |
| Observaciones       |                      |  |  |  |  |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                  |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <p>CARIES 2do Gr.<br/>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" PULVERIZADOS<br/>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</p> <p>RE-EXAMENES</p> <p>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</p> <p>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</p> | <p>CARIES 2do Gr.<br/>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" PULVERIZADOS<br/>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</p> <p>RE-EXAMENES</p> <p>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</p> <p>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</p> |                                  |                                  |
| <p>ODONT. EXAM.</p> <p>FECHA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>ODONT. EXAM.</p> <p>FECHA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>ODONT. EXAM.</p> <p>FECHA</p> | <p>ODONT. EXAM.</p> <p>FECHA</p> |



DEPARTAMENTO MÉDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA



Nombre *Raúl Fernández Leal*  
Nombre de los padres *Pedro - Dina*  
Documento de identidad *HAB 13.762*  
Lugar y fecha de nacimiento *Rivera - 12 Febrero 1930*  
Domicilio *Arceles 294*  
Profesión *Empleado* Estado *Casado* sabe leer  
Vacuna antivariólica *Negativa*  
Antecedentes deportivos *Futbol*

EXAMEN ANTROPOMETRICO

Fecha *30 Enero 1953*  
Edad *22*  
Peso *87*  
Estatura *175*  
Talla sentado *92*  
Perím. máximo tórax *101*  
Perím. mínimo tórax *95*  
Perímetro abdominal *86*  
Capacidad vital *5500*  
Tipo morfológico  
Observaciones



|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| CARIES 2º Gr.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" PULVERIZADOS<br>USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. | RE-EXAMENES<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma | CARIES 2º Gr.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" PULVERIZADOS<br>USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. | RE-EXAMENES<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|



FECHA

ODONT. EXAM.



FECHA

ODONT. EXAM.



FECHA

ODONT. EXAM.



FECHA

ODONT. EXAM.

### Anamnesis

Paul Fernau, Lect  
in *unfortunate*  
Normal

Orina

[illegible]

Donald

## EXAMENES Y ANALISIS ESPECIALES

B C. G.

XII-1952

Examine the suspects  
on their: Worn

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO MÉDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA

VISION LOCAL  
DE  
COMISION FISICA  
-IVERA

Nombre *Avery Ibañez da Silva*

Nombre de los padres *Enrique - Aurora*

Documento de identidad *HAB-14.047*

Lugar y fecha de nacimiento *Póvora - 3 Mayo 1932*

Domicilio *Pantaleón Quesada 972*

Profesión *Estudiante*

Estado *soltero*

sabe leer

Vacuna antivariólica *positiva*

Antecedentes deportivos *Football*

EXAMEN ANTROPOMETRICO

Fecha *20 Enero 1953*

Edad *20*

Peso *71*

Estatura *1.76 1/2*

Talla sentado *90*

Perim. máximo tórax

*94*

Perim. mínimo tórax

*86*

Perímetro abdominal

*77*

Capacidad vital

*5300*

Tipo morfológico

Observaciones



|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>CARIES 2<sup>da</sup> G.<br/>" PENET.<br/>DIENTES THAT RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" " Para EXTRAER<br/>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</p> | <p>RE-EXAMENES</p> <p>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</p> <p>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</p> | <p>CARIES 2<sup>da</sup> G.<br/>" PENET.<br/>DIENTES THAT RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" " Para EXTRAER<br/>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</p> | <p>RE-EXAMENES</p> <p>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</p> <p>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|



FECHA

ODONT. EXAM.



FECHA

ODONT. EXAM.



FECHA

ODONT. EXAM.



FECHA

ODONT. EXAM.

### Anamnesis

Very Truly de lhr  
In unfor Tames  
In unfor Tames

COMISION LOCAL  
DE  
EDUCACION FISICA  
RIVERA

Sangre

[illegible]

## EXAMENES Y ANALISIS ESPECIALES

B C. G.

2561-1952

Keim in Wasser  
im Morf. Morf.

OBSERVACIONES



[illegible]

COMISION LOCAL  
DE  
EDUCACION FISICA  
RIVERA

Darcy Florio Machado

Emilio - Dolores

H A A 6866

Poirera - 25 Settembre 1934

Ceballos 77 27

Empleado

Polter

sabe leer

Negativo

Tuttle of

|                     |               |  |  |  |  |  |
|---------------------|---------------|--|--|--|--|--|
| Fecha               | 20 Enero 1953 |  |  |  |  |  |
| Edad                | 18            |  |  |  |  |  |
| Peso                | 63            |  |  |  |  |  |
| Estatura            | 173 cm        |  |  |  |  |  |
| Talla sentado       | 85            |  |  |  |  |  |
| Perim. máximo tórax | 89            |  |  |  |  |  |
| Perim. mínimo tórax | 81            |  |  |  |  |  |
| Perímetro abdominal | 76            |  |  |  |  |  |
| Capacidad vital     | 5050          |  |  |  |  |  |
| Tipo morfológico    |               |  |  |  |  |  |
| Observaciones       |               |  |  |  |  |  |



20 Enero 1953

78

63

173 1/2

do 85-

89



76

505

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

10

|                           |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|
| CARIES 2 <sup>do</sup> Gr | O | Y | Y | O | + | X |
| " PENET.                  |   |   |   |   |   |   |
| DIENTES TRAT. RAD.        |   |   |   |   |   |   |
| " OBTURADOS               |   |   |   |   |   |   |
| " AUSENTES                |   |   |   |   |   |   |
| " Para EXTRAER            |   |   |   |   |   |   |

RE-EXAMENES

Fecha

Plazo

Firma

Fecha

## Plazo

CARIES 2<sup>do</sup> Gr.  
" PENET.  
DIENTES TRAT. RAD  
" " OBTURADOS  
" " AUSENTES  
" " PAIN EXTRAER

RE-EXAMENES

Fecha

plazo

**Firma**

**Book**

10

## ODONT EXAM

FECHA

## ODONT. EXAM.

ВНЕШНЯЯ

一、二、三、四、五、六、七、八、九、十、十一、十二、十三、十四、十五、十六、十七、十八、十九、二十、二十一、二十二、二十三、二十四、二十五、二十六、二十七、二十八、二十九、三十、三十一、三十二、三十三、三十四、三十五、三十六、三十七、三十八、三十九、四十、四十一、四十二、四十三、四十四、四十五、四十六、四十七、四十八、四十九、五十、五十一、五十二、五十三、五十四、五十五、五十六、五十七、五十八、五十九、六十、六十一、六十二、六十三、六十四、六十五、六十六、六十七、六十八、六十九、七十、七十一、七十二、七十三、七十四、七十五、七十六、七十七、七十八、七十九、八十、八十一、八十二、八十三、八十四、八十五、八十六、八十七、八十八、八十九、九十、九十一、九十二、九十三、九十四、九十五、九十六、九十七、九十八、九十九、一百。

ODONT. EXAM.

ВНУТРИ

一 二 三 四 五 六 七 八 九 十 十一 十二 十三 十四 十五 十六 十七 十八 十九 二十 二十一 二十二 二十三 二十四 二十五 二十六 二十七 二十八 二十九 三十 三十一 三十二 三十三 三十四 三十五 三十六 三十七 三十八 三十九 四十 四十一 四十二 四十三 四十四 四十五 四十六 四十七 四十八 四十九 五十 五十一 五十二 五十三 五十四 五十五 五十六 五十七 五十八 五十九 六十 六十一 六十二 六十三 六十四 六十五 六十六 六十七 六十八 六十九 七十 七十一 七十二 七十三 七十四 七十五 七十六 七十七 七十八 七十九 八十 八十一 八十二 八十三 八十四 八十五 八十六 八十七 八十八 八十九 九十 九十一 九十二 九十三 九十四 九十五 九十六 九十七 九十八 九十九 一百

## ODONT. EXAM.

1000



DEPARTAMENTO MÉDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA



Nombre *Rodolfo Manay* COMISION LOCAL  
DE  
EDUCACION FISICA  
Nombre de los padres *Modesto Manay - Petrona Cortes*  
Documento de identidad *B.M. B. 10364*  
Lugar y fecha de nacimiento *Montevideo - 23 Enero de 1927*  
Domicilio *Joaquin Suarez 543*  
Profesión *Empleado* Estado *Soltero* sabe leer  
Vacuna antivariólica *positiva*  
Antecedentes deportivos *Foot-ball - Basket-ball*

EXAMEN ANTROPOMETRICO

Fecha *Enero - 15 - 1953*  
Edad *26*  
Peso *75*  
Estatura *1.76*  
Talla sentado *89*  
Perim. máximo tórax *97*  
Perim. mínimo tórax *89*  
Perímetro abdominal *89*  
Capacidad vital *1.750*  
Tipo morfológico  
Observaciones



|                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>CARIES 2do Gr.<br/>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" EXTRAER</p> <p>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</p> | <p>RE-EXAMENES</p> <p>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</p> <p>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</p> | <p>CARIES 2do Gr.<br/>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" EXTRAER</p> <p>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</p> | <p>RE-EXAMENES</p> <p>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</p> <p>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</p> |
| <p>ODONT. EXAM.</p> <p>FECHA</p>                                                                                                                                                                                                        | <p>ODONT. EXAM.</p> <p>FECHA</p>                                                     | <p>ODONT. EXAM.</p> <p>FECHA</p>                                                                                                                                                                                                        | <p>ODONT. EXAM.</p> <p>FECHA</p>                                                     |

|                       |            |                         |                       |                                          |         |
|-----------------------|------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------------------|---------|
| Nombre                |            | Rosalba Matias          |                       | COMISION LOCAL<br>DE<br>FISICA<br>SIVERA |         |
| Anteced. familiares   |            | Morra, muerte de cancer |                       | FISICA                                   |         |
| Anamnesis             |            | Sin importancia         |                       |                                          |         |
| Fecha                 | 15-16-45   |                         |                       |                                          |         |
| Médico examinador     | Juan M. R. |                         |                       |                                          |         |
| Sist. ósteo-articular | M          |                         |                       |                                          |         |
| Sist. neuro-muscular  | M          |                         |                       |                                          |         |
| Visión                | M          |                         |                       |                                          |         |
| Audición              | M          |                         |                       |                                          |         |
| Mentalidad            | M          |                         |                       |                                          |         |
| Piel                  | M          |                         |                       |                                          |         |
| Sistema linfático     | M          |                         |                       |                                          |         |
| Amígdalas             | M          |                         |                       |                                          |         |
| Aparato digestivo     | M          |                         |                       |                                          |         |
| Hernias               | M          |                         |                       |                                          |         |
| Sistema endócrino     | M          |                         |                       |                                          |         |
| Nutrición-Postura     | M          |                         |                       |                                          |         |
| Aparato respiratorio  | M          |                         |                       |                                          |         |
| Pulso estát. y dinám. | 60         |                         |                       |                                          |         |
| Tensión arterial      | 11-7       |                         |                       |                                          |         |
| Aparato circulatorio  | M          |                         |                       |                                          |         |
| Orina                 | M          |                         |                       |                                          |         |
| Sangre                | M          |                         |                       |                                          |         |
| Fecha                 | I D P      | M I 10                  | ROENTGENFOTOGRAFIA    | PLACA                                    | B C. G. |
|                       |            |                         | Vista hca 5 meses     |                                          |         |
|                       |            |                         | en P. Q. en hipocampo |                                          |         |
|                       |            |                         | (Abn) Normal          |                                          |         |
| OBSERVACIONES         |            |                         |                       |                                          |         |

DEPARTAMENTO MÉDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA

COMISION LOCAL  
DE  
EDUCACION FISICA

Nombre *Solis dbartinez*  
Nombre de los padres *Dionisio dbartinez - Bracleta Paz*  
Documento de identidad *H. A. O. 8358*  
Lugar y fecha de nacimiento *Puebla - 17 de marzo 1925*  
Domicilio *Brasil 730*  
Profesión *Empleado* Estado *Potters* sabe leer  
Vacuna antivariólica *positiva*  
Antecedentes deportivos *Foot-ball*

EXAMEN ANTROPOMETRICO

|                     |                      |  |  |  |
|---------------------|----------------------|--|--|--|
| Fecha               | <i>15 Enero 1953</i> |  |  |  |
| Edad                | <i>27</i>            |  |  |  |
| Peso                | <i>74</i>            |  |  |  |
| Estatura            | <i>1.76</i>          |  |  |  |
| Talla sentado       | <i>91</i>            |  |  |  |
| Perim. máximo tórax | <i>95</i>            |  |  |  |
| Perim. mínimo tórax | <i>90</i>            |  |  |  |
| Perímetro abdominal | <i>81</i>            |  |  |  |
| Capacidad vital     | <i>3.500</i>         |  |  |  |
| Tipo morfológico    |                      |  |  |  |
| Observaciones       |                      |  |  |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>CARIES 2º Gr. PENET. DIENTES TRAT. RAD. OBTURADOS " AUSENTES " BRILLO EXTRAER USO CEPILLO CONDO. HIGIENICAS EFIC. MASTIC. EN ASISTENCIA PARADENTOSIS MALOC. PROTESIS OBSERV.</p> <p>RE-EXAMENES</p> <p>Fecha Plazo Firma</p> <p>Fecha Plazo Firma</p> | <p>CARIES 2º Gr. PENET. DIENTES TRAT. RAD. OBTURADOS " AUSENTES " BRILLO EXTRAER USO CEPILLO CONDO. HIGIENICAS EFIC. MASTIC. EN ASISTENCIA PARADENTOSIS MALOC. PROTESIS OBSERV.</p> <p>RE-EXAMENES</p> <p>Fecha Plazo Firma</p> <p>Fecha Plazo Firma</p> |
| <p>ODONT. EXAM. FECHA</p>                                                                                                                                                                                                                                | <p>ODONT. EXAM. FECHA</p>                                                                                                                                                                                                                                |



DEPARTAMENTO MÉDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA

Nombre *Arnualdo Morales Chagas*  
Nombre de los padres *Onés Morales - Carlota Chagas*  
Documento de identidad *H A B 15.911*  
Lugar y fecha de nacimiento *Rivera 12 Mayo 1934*  
Domicilio *Baraguatá 318*  
Profesión *Empleado* Estado *Saltero* sabe leer  
Vacuna antivaricólica *positiva*  
Antecedentes deportivos *Futbol*

EXAMEN ANTROPOMETRICO

|                     |                      |  |  |  |
|---------------------|----------------------|--|--|--|
| Fecha               | <i>20 Enero 1953</i> |  |  |  |
| Edad                | <i>17</i>            |  |  |  |
| Peso                | <i>51</i>            |  |  |  |
| Estatura            | <i>1.58</i>          |  |  |  |
| Talla sentado       | <i>82 1/2</i>        |  |  |  |
| Perim. máximo tórax | <i>81</i>            |  |  |  |
| Perim. mínimo tórax | <i>76</i>            |  |  |  |
| Perímetro abdominal | <i>63</i>            |  |  |  |
| Capacidad vital     | <i>3600</i>          |  |  |  |
| Tipo morfológico    |                      |  |  |  |
| Observaciones       |                      |  |  |  |



|                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                                                                                                                                                                                                   |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| CARIES 2º G.<br>" DENET<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" PULVERIZADO<br>USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. | RE-EXAMENES<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma | CARIES 2º G.<br>" DENET<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" PULVERIZADO<br>USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. | RE-EXAMENES<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

Nombre. *Romualdo Morales Chagas*  
Anteced. familiares. *Parasitosis*  
Anamnesis. *Prurigo. Jecur*

Anteced. familiares *Marcelo Demicheli*

Anamnesis. *Monoparesis. Juncione*

|       |            |
|-------|------------|
| Fecha | # = 12-957 |
|-------|------------|

Médico examinador Hyman M. Hy

|                       |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|
| Sist. ósteo-articular |  |  |  |
| Sist. neuro-muscular  |  |  |  |

|        |    |  |  |
|--------|----|--|--|
| Visión | As |  |  |
|--------|----|--|--|

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| Visión   |  |  |  |
| Audición |  |  |  |

|            |            |  |
|------------|------------|--|
| Mentalidad | <i>Ben</i> |  |
|------------|------------|--|

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
| Piel |  |  |  |
|------|--|--|--|

|                   |   |  |  |
|-------------------|---|--|--|
| Sistema linfático | 2 |  |  |
|-------------------|---|--|--|

|           |                                                                                   |  |  |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Amígdalas |  |  |  |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Aparato digestivo |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|

|         |                                                                                   |  |  |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Hernias |  |  |  |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Sistema endócrino |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|

|                      |               |  |
|----------------------|---------------|--|
| Nutrición-Postura    | <i>Normal</i> |  |
| Aparato respiratorio | <i>B</i>      |  |

|                       |    |  |  |
|-----------------------|----|--|--|
| Pulso estát. y dinám. | 66 |  |  |
|-----------------------|----|--|--|

|                  |          |
|------------------|----------|
| Tensión arterial | 76-7 1/2 |
|------------------|----------|

|                      |    |  |
|----------------------|----|--|
| Aparato circulatorio | 13 |  |
|----------------------|----|--|

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| Orina |  |  |  |
|-------|--|--|--|

|        |   |  |  |
|--------|---|--|--|
| Sangre | 3 |  |  |
|--------|---|--|--|

## EXAMENES Y ANALISIS ESPECIALES

|       |       |        |                            |         |
|-------|-------|--------|----------------------------|---------|
| Fecha | I D P | M 1/10 | ROENTGENFOTOFRAFIA — PLACA | B C. G. |
|-------|-------|--------|----------------------------|---------|

|       |       |        |                            |         |
|-------|-------|--------|----------------------------|---------|
| Fecha | I D P | M 1/10 | ROENTGENFOTOFRAFIA — PLACA | B C. G. |
|-------|-------|--------|----------------------------|---------|

|       |       |        |                    |   |       |         |
|-------|-------|--------|--------------------|---|-------|---------|
| Fecha | I D P | M 1/10 | ROENTGENFOTOFRAFIA | — | PLACA | B C. G. |
|-------|-------|--------|--------------------|---|-------|---------|

|       |       |        |                    |   |       |         |
|-------|-------|--------|--------------------|---|-------|---------|
| Fecha | I D P | M 1/10 | ROENTGENFOTOFRAFIA | — | PLACA | B C. G. |
|-------|-------|--------|--------------------|---|-------|---------|

|       |       |        |                            |         |
|-------|-------|--------|----------------------------|---------|
| Fecha | I D P | M 1/10 | ROENTGENFOTOFRAFIA — PLACA | B C. G. |
|-------|-------|--------|----------------------------|---------|

|       |       |        |                            |         |
|-------|-------|--------|----------------------------|---------|
| Fecha | I D P | M 1/10 | ROENTGENFOTOFRAFIA — PLACA | B C. G. |
|-------|-------|--------|----------------------------|---------|

|          |  |                 |       |
|----------|--|-----------------|-------|
| XII-1952 |  | Superman Mosaic | Stone |
|----------|--|-----------------|-------|

|          |  |                 |       |
|----------|--|-----------------|-------|
| XII-1952 |  | Superman Mosaic | Stone |
|----------|--|-----------------|-------|

|          |  |                 |       |
|----------|--|-----------------|-------|
| XII-1952 |  | Superman Mosaic | Stone |
|----------|--|-----------------|-------|

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO MÉDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA

COMISION LOCAL  
DE  
EDUCACION FISICA  
RIVERA

Nombre *Luis Alberto Muñoz Pereira*  
Nombre de los padres *Agosto - Elvira*  
Documento de identidad *760.531*  
Lugar y fecha de nacimiento *Roscha - 24 Noviembre 1928*  
Domicilio *Joaquín Suárez 543*  
Profesión *Empleado* Estado *Portero* sabe leer  
Vacuna antivariólica *positiva*  
Antecedentes deportivos *Guthof - Valley - Hall*

EXAMEN ANTROPOMETRICO

|                     |                      |  |  |  |  |
|---------------------|----------------------|--|--|--|--|
| Fecha               | <i>20 Enero 1953</i> |  |  |  |  |
| Edad                | <i>24</i>            |  |  |  |  |
| Peso                | <i>62</i>            |  |  |  |  |
| Estatura            | <i>1.64</i>          |  |  |  |  |
| Talla sentado       | <i>86 1/2</i>        |  |  |  |  |
| Perim. máximo tórax | <i>91</i>            |  |  |  |  |
| Perim. mínimo tórax | <i>84</i>            |  |  |  |  |
| Perímetro abdominal | <i>66</i>            |  |  |  |  |
| Capacidad vital     | <i>4250</i>          |  |  |  |  |
| Tipo morfológico    |                      |  |  |  |  |
| Observaciones       |                      |  |  |  |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>CARIES 2º G.<br/>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" Para EXTRAER<br/>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</div> <div>RE-EXAMENES<br/>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma<br/>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</div> <div>ODONT. EXAM. _____<br/>FECHA _____</div> | <div>CARIES 2º G.<br/>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" Para EXTRAER<br/>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</div> <div>RE-EXAMENES<br/>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma<br/>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</div> <div>ODONT. EXAM. _____<br/>FECHA _____</div> | <div>CARIES 2º G.<br/>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" Para EXTRAER<br/>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</div> <div>RE-EXAMENES<br/>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma<br/>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</div> <div>ODONT. EXAM. _____<br/>FECHA _____</div> | <div>CARIES 2º G.<br/>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" Para EXTRAER<br/>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</div> <div>RE-EXAMENES<br/>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma<br/>Fecha<br/>Plazo<br/>Firma</div> <div>ODONT. EXAM. _____<br/>FECHA _____</div> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                       |                       |        |                                                          |                                              |  |
|-----------------------|-----------------------|--------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--|
| Nombre                | Luis H. Muñoz Berrios |        |                                                          | DIVISION LOCAL<br>EDUCACION FISICA<br>RIVERA |  |
| Anteced. familiares   | Sin importancia       |        |                                                          |                                              |  |
| Anamnesis             | Normal                |        |                                                          |                                              |  |
| Fecha                 | II - 26 - 49          |        |                                                          |                                              |  |
| Médico examinador     | J. J. M. M.           |        |                                                          |                                              |  |
| Sist. ósteo-articular | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Sist. neuro-muscular  | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Visión                | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Audición              | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Mentalidad            | Normal                |        |                                                          |                                              |  |
| Piel                  | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Sistema linfático     | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Amígdalas             | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Aparato digestivo     | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Hernias               | No                    |        |                                                          |                                              |  |
| Sistema endócrino     | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Nutrición-Postura     | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Aparato respiratorio  | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Pulso estát. y dinám. | 58                    |        |                                                          |                                              |  |
| Tensión arterial      | 13-8                  |        |                                                          |                                              |  |
| Aparato circulatorio  | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Orina                 | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Sangre                | B3                    |        |                                                          |                                              |  |
| Fecha                 | I D P                 | M 1/10 | ROENTGENFOTOFRAFIA — PLACA                               | B C. G.                                      |  |
| I - 1952              |                       |        | Examen en Profundidad<br>en móvil, en Roentgen<br>Normal |                                              |  |
| OBSERVACIONES         |                       |        |                                                          |                                              |  |

DEPARTAMENTO MEDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA

|                             |                                   |        |         |
|-----------------------------|-----------------------------------|--------|---------|
| Nombre                      | Reducido Pereira                  |        |         |
| Nombre de los padres        | Gerónimo Pereira - Emilia Pereira |        |         |
| Documento de identidad      | H A B 12248                       |        |         |
| Lugar y fecha de nacimiento | Poirera - 7 Julio 1930            |        |         |
| Domicilio                   | Itapely 640                       |        |         |
| Profesión                   | Empleado                          | Estado | Soltero |
| Vacuna antivariólica        | Negativa                          |        |         |
| Antecedentes deportivos     | Fútbol - Ball                     |        |         |

EXAMEN ANTROPOMETRICO

|                     |               |  |  |  |
|---------------------|---------------|--|--|--|
| Fecha               | 15 Enero 1953 |  |  |  |
| Edad                | 22            |  |  |  |
| Peso                | 72            |  |  |  |
| Estatura            | 168           |  |  |  |
| Talla sentado       | 88            |  |  |  |
| Perím. máximo tórax | 96            |  |  |  |
| Perím. mínimo tórax | 89            |  |  |  |
| Perímetro abdominal | 80            |  |  |  |
| Capacidad vital     | 5.050         |  |  |  |
| Tipo morfológico    |               |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div><div>CARIES 2do. Gr.<br/>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" Para EXTRAER X</div><div>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</div></div> <div><div>CARIES 2do. Gr.<br/>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" Para EXTRAER X</div><div>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</div></div> <div><div>CARIES 2do. Gr.<br/>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" Para EXTRAER X</div><div>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</div></div> <div><div>CARIES 2do. Gr.<br/>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" Para EXTRAER X</div><div>USO CEPILLO<br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</div></div> <div><div>ODONT. EXAM.</div><div>FECHA.</div></div> <div><div>ODONT. EXAM.</div><div>FECHA.</div></div> <div><div>ODONT. EXAM.</div><div>FECHA.</div></div> <div><div>ODONT. EXAM.</div><div>FECHA.</div></div> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## MISSION LOG

Clotilde Pereira

Manoel Pereira - Leoncia Segredo

12. 6 19

Baccharis - 3 June 1922

Uruguay 826

Imp leads

Sollers

sabe leer

Positiva

Foot - Ball - Basket - Ball - Volley - Ball

15 Enero 4. 153

২৫

87

2. 73 1/2

86

705

99

92

|   |     |
|---|-----|
| 4 | 500 |
|---|-----|

### Tipo morfológico

USO C. PILLO  
COND. HIGIENICAS  
EFIC. MASTIC.  
EN AS TENCIA  
PARAD INTOSIS  
MAI  
C. SIS  
OB. V.

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| LES 2do. Gr.        | O         |
| " PENET.            | Y Y Q     |
| " DIENES TRAT. RAD. | + X       |
| " OBTURADOS         | P         |
| " AUSENTES          | Per EXPAP |

USO: CEPILLO  
COND. HIGIENICAS  
EFIC. MASTIC.  
EN ASISTENCIA  
PARADENTOSIS  
MALOC.  
PROTESIS  
CORSEPV

|                    |   |
|--------------------|---|
| CARIES 2do. Gr.    | Q |
| " PENET.           | Y |
| DIENTES TRAT. RAD. | Y |
| " OBTURADOS        | Q |
| " AUSENTES         | + |
| " EXTRACTOS        | Y |

Para EXTRAER AL:

USO CEPILLO \_\_\_\_\_  
COND. HIGIENICAS \_\_\_\_\_  
EFIC. MASTIC \_\_\_\_\_  
EN ASISTENCIA \_\_\_\_\_  
PARADENTOSIS \_\_\_\_\_  
MALOC. \_\_\_\_\_  
PROTESIS \_\_\_\_\_

|        |                      |   |
|--------|----------------------|---|
| OBSEV. | CARIES 2do. Gr.      | 0 |
| "      | " PENET.             | Y |
| "      | " DIENTES TRAT. RAD. | Y |
| "      | " " OBTURADOS        | Q |
| "      | " " AUSENTES         | + |
| "      | " " Para EXTRAER     | X |

USO CEPILLO \_\_\_\_\_  
COND. HIGIENICAS \_\_\_\_\_  
EFIC. MASTIC. \_\_\_\_\_  
EN ASISTENCIA \_\_\_\_\_  
PARADENTOSIS \_\_\_\_\_  
MALOC. \_\_\_\_\_  
PROTESIS \_\_\_\_\_  
OBSERV. \_\_\_\_\_

[illegible]

FECHA:

ODONT EXAM.

FECHA

DDONT EXAM

[illegible]

10

100

...



DEPARTAMENTO MEDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA

Nombre *Marne Poletti*

Nombre de los padres *Pablo - Rosa*

Documento de identidad *C.I. N. 761179*

Lugar y fecha de nacimiento *Moguerides 8 de Enero 1927*

Domicilio *Yaguajay Surx 543*

Profesión *Empleado* Estado *soltero* sabe leer

Vacuna antivariolica *positiva*

Antecedentes deportivos  *futbol*

EXAMEN ANTROPOMETRICO

|                     |                      |  |  |  |
|---------------------|----------------------|--|--|--|
| Fecha               | <i>20 Enero 1953</i> |  |  |  |
| Edad                | <i>26</i>            |  |  |  |
| Peso                | <i>70</i>            |  |  |  |
| Estatura            | <i>1.73</i>          |  |  |  |
| Talla sentado       | <i>90 y 1/2</i>      |  |  |  |
| Perím. máximo tórax | <i>87</i>            |  |  |  |
| Perím. mínimo tórax | <i>82 1/2</i>        |  |  |  |
| Perímetro abdominal | <i>73</i>            |  |  |  |
| Capacidad vital     | <i>4500</i>          |  |  |  |
| Tipo morfológico    |                      |  |  |  |

*COMISION LOCAL DE EDUCACION FISICA COMISION LOCAL DE EDUCACION FISICA*



|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>O Y Y Q + X</p> <p>CARIES 2do. Gr. PENET. DIENTES TRAT. RAD. OBTURADOS AUSENTES Para EXTRAER X</p> <p>USO CEPILLO COND. HIGIENICAS EPIC. MASTIC. EN ASISTENCIA PARADENTOSIS MALOC. PROTESIS OBSERV.</p> | <p>O Y Y Q + X</p> <p>CARIES 2do. Gr. PENET. DIENTES TRAT. RAD. OBTURADOS AUSENTES Para EXTRAER X</p> <p>USO CEPILLO COND. HIGIENICAS EPIC. MASTIC. EN ASISTENCIA PARADENTOSIS MALOC. PROTESIS OBSERV.</p> | <p>O Y Y Q + X</p> <p>CARIES 2do. Gr. PENET. DIENTES TRAT. RAD. OBTURADOS AUSENTES Para EXTRAER X</p> <p>USO CEPILLO COND. HIGIENICAS EPIC. MASTIC. EN ASISTENCIA PARADENTOSIS MALOC. PROTESIS OBSERV.</p> | <p>O Y Y Q + X</p> <p>CARIES 2do. Gr. PENET. DIENTES TRAT. RAD. OBTURADOS AUSENTES Para EXTRAER X</p> <p>USO CEPILLO COND. HIGIENICAS EPIC. MASTIC. EN ASISTENCIA PARADENTOSIS MALOC. PROTESIS OBSERV.</p> |
|  <p>ODONT. EXAM. _____ FECHA _____</p>                                                                                  |  <p>ODONT. EXAM. _____ FECHA _____</p>                                                                                  |  <p>ODONT. EXAM. _____ FECHA _____</p>                                                                                 |  <p>ODONT. EXAM. _____ FECHA _____</p>                                                                                |

[illegible]

COMISION LOCAL  
DE  
EDUCACION FISICA

sabe leer

A black and white portrait photograph of a man with a mustache, wearing a light-colored shirt. The photo is mounted on a card with a decorative border.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>CARIES 2<sup>da</sup> G.</b></p> <p>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" POR EXTRAER X</p> <hr/> <p><b>USO CEPILLO</b><br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</p> | <p><b>RE-EXAMENES</b></p> <p>Fecha _____<br/>Plazo _____<br/>Firma _____</p> <p>Fecha _____<br/>Plazo _____<br/>Firma _____</p> |
| <p><b>CARIES 2<sup>da</sup> G.</b></p> <p>" PENET.<br/>DIENTES TRAT. RAD.<br/>" OBTURADOS<br/>" AUSENTES<br/>" POR EXTRAER X</p> <hr/> <p><b>USO CEPILLO</b><br/>COND. HIGIENICAS<br/>EFIC. MASTIC.<br/>EN ASISTENCIA<br/>PARADENTOSIS<br/>MALOC.<br/>PROTESIS<br/>OBSERV.</p> | <p><b>RE-EXAMENES</b></p> <p>Fecha _____<br/>Plazo _____<br/>Firma _____</p> <p>Fecha _____<br/>Plazo _____<br/>Firma _____</p> |

|                       |                     |                     |                                          |                                           |         |
|-----------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|---------|
| Nombre                |                     | Juan Carlos Salazar |                                          | COMISION LOCAL DE EDUCACION FISICA RIVERA |         |
| Anteced. familiares   |                     | sin importancia     |                                          |                                           |         |
| Anamnesis             |                     | Normal              |                                          |                                           |         |
| Fecha                 | 11-29-953           |                     |                                          |                                           |         |
| Médico examinador     | Juan Carlos Salazar |                     |                                          |                                           |         |
| Sist. ósteo-articular | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Sist. neuro-muscular  | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Visión                | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Audición              | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Mentalidad            | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Piel                  | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Sistema linfático     | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Amígdalas             | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Aparato digestivo     | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Hernias               | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Sistema endócrino     | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Nutrición-Postura     | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Aparato respiratorio  | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Pulso estát. y dinám. | 75                  |                     |                                          |                                           |         |
| Tensión arterial      | 11-7 1/2            |                     |                                          |                                           |         |
| Aparato circulatorio  | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Orina                 | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Sangre                | M                   |                     |                                          |                                           |         |
| Fecha                 | I D P               | M 1/10              | ROENTGENFOTOFRAFIA                       | PLACA                                     | B C. G. |
| IX-952                |                     |                     | Examen en posición<br>sin nervel: Normal |                                           |         |
| OBSERVACIONES         |                     |                     |                                          |                                           |         |

DEPARTAMENTO MÉDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA



Nombre *Alfredo Ezequiel Lander*  
Nombre de los padres *Alfredo Lander - Juana Suarez*  
Documento de identidad *HAB 12483*  
Lugar y fecha de nacimiento *Rivera. 30 Mayo de 1931*  
Domicilio *Dr. Avelar 7/n.*  
Profesión *Empleado* Estado *soltero* sabe leer  
Vacuna antivariólica *positiva*  
Antecedentes deportivos *Foot-ball*

COMISION LOCAL  
DE  
EDUCACION FISICA  
RIVERA

EXAMEN ANTROPOMETRICO

Fecha *25 Enero 1953*  
Edad *21*  
Peso *64*  
Estatura *1.62 m*  
Talla sentado *1.56*  
Perim. máximo tórax *89*  
Perim. mínimo tórax *84*  
Perímetro abdominal *75*  
Capacidad vital *1.500*  
Tipo morfológico  
Observaciones



| CARIES 2º Gr.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" PUL. EXTRAER<br>USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. | RE-EXAMENES                                                                                                              | CARIES 2º Gr.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" PUL. EXTRAER<br>USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. | RE-EXAMENES                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ODONT. EXAM. _____<br>FECHA _____                                                                                             | <br>ODONT. EXAM. _____<br>FECHA _____ | <br>ODONT. EXAM. _____<br>FECHA _____                                                                                            | <br>ODONT. EXAM. _____<br>FECHA _____ |

### Anamnesis

So important

D2

112

LIVER

## Apparato circolatorio

## Sangre

13

EXAMENES Y ANALISIS ESPECIALES

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

Grains: on surface  
muc: normal

OBSERVACIONES

DEPARTAMENTO MÉDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA



Nombre *Alejandro Rene' Trinidad Rodriguez*  
*Nº. 16.408*  
Nombre de los padres *Alejandro - Petrona*  
Documento de identidad  
Lugar y fecha de nacimiento *Rivera - 20 Diciembre 1934*  
Domicilio *Ortega 597*  
Profesión *Empleado* Estado *Cottero* sabe leer  
Vacuna antivariólica *positiva*  
Antecedentes deportivos *Control*

EXAMEN ANTROPOMETRICO

Fecha *20 Enero 1953*  
Edad *19*  
Peso *68*  
Estatura *1.73*  
Talla sentado *90*  
Perim. máximo tórax *91*  
Perim. mínimo tórax *85*  
Perímetro abdominal *73*  
Capacidad vital *3.450*  
Tipo morfológico  
Observaciones



|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| CARIES 2º G.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" PULVERIZADOS<br>USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. | RE-EXAMENES<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma | CARIES 2º G.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" PULVERIZADOS<br>USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. | RE-EXAMENES<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma<br>Fecha<br>Plazo<br>Firma |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

|                     |                     |        |
|---------------------|---------------------|--------|
| Nombre              | Alfonso Ben Trindad | MIS    |
| Anteced. familiares | Pater law           | EDUCAC |
| Anamnesis           | per un f... ..      | PRIN   |

COMISION LEONARDO  
DE  
EDUCACION FISICA  
RIVERA

|                       |              |            |
|-----------------------|--------------|------------|
| Fecha                 | II - 12.4.53 |            |
| Médico examinador     | J. J. J.     | R.         |
| Sist. ósteo-articular | B            |            |
| Sist. neuro-muscular  | B            |            |
| Visión                | B            |            |
| Audición              | B            |            |
| Mentalidad            | B            |            |
| Piel                  | B            |            |
| Sistema linfático     | B            |            |
| Amígdalas             | B            |            |
| Aparato digestivo     | B            |            |
| Heñías                | no           |            |
| Sistema endócrino     | B            |            |
| Nutrición-Postura     | B            |            |
| Apa. respiratorio     | B            |            |
| Pulso estát. y dinám. | 68           |            |
| Tensión arterial      | 13 - 43/1    | (K. J. J.) |
| Aparato circulatorio  | B            |            |
| Orina                 | B            |            |
| Sangre                | B            |            |

EXAMENES Y ANALISIS ESPECIALES

[illegible]

O B S E R V A C I O N E S

DEPARTAMENTO MEDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA

Nombre Honorio Jargues Fuentes  
Nombre de los padres Victor - Nolelia  
Documento de identidad H.A.A. 5945  
Lugar y fecha de nacimiento Tranqueras  
Domicilio Jardín Shary 476  
Profesión Estudiante Estado RIVERA sabe leer  
Vacuna antivariólica Recien  
Antecedentes deportivos Foot ball

EXAMEN ANTROPOMETRICO

|                     |             |           |           |  |
|---------------------|-------------|-----------|-----------|--|
| Fecha               | <u>06</u>   | <u>II</u> | <u>53</u> |  |
| Edad                | <u>25</u>   |           |           |  |
| Peso                | <u>65</u>   |           |           |  |
| Estatura            | <u>161</u>  |           |           |  |
| Talla sentado       | <u>86</u>   |           |           |  |
| Perím. máximo tórax | <u>91</u>   |           |           |  |
| Perím. mínimo tórax | <u>86</u>   |           |           |  |
| Perímetro abdominal | <u>77</u>   |           |           |  |
| Capacidad vital     | <u>4500</u> |           |           |  |
| Tipo morfológico    |             |           |           |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CRIES 2do. Gr.<br><input type="checkbox"/> PENET.<br><input type="checkbox"/> DIENTES TRAT. RAD.<br><input type="checkbox"/> OBTURADOS<br><input type="checkbox"/> AUSENTES<br><input type="checkbox"/> Para EXTRAER X | <input type="checkbox"/> USO CEPILLO<br><input type="checkbox"/> COND. HIGIENICAS<br><input type="checkbox"/> EPIC. MASTIC.<br><input type="checkbox"/> EN ASISTENCIA<br><input type="checkbox"/> PARADENTOSIS<br><input type="checkbox"/> MALOC.<br><input type="checkbox"/> PROTESIS<br><input type="checkbox"/> OBSERV. |
| <input type="checkbox"/> CRIES 2do. Gr.<br><input type="checkbox"/> PENET.<br><input type="checkbox"/> DIENTES TRAT. RAD.<br><input type="checkbox"/> OBTURADOS<br><input type="checkbox"/> AUSENTES<br><input type="checkbox"/> Para EXTRAER X | <input type="checkbox"/> USO CEPILLO<br><input type="checkbox"/> COND. HIGIENICAS<br><input type="checkbox"/> EPIC. MASTIC.<br><input type="checkbox"/> EN ASISTENCIA<br><input type="checkbox"/> PARADENTOSIS<br><input type="checkbox"/> MALOC.<br><input type="checkbox"/> PROTESIS<br><input type="checkbox"/> OBSERV. |
| <input type="checkbox"/> CRIES 2do. Gr.<br><input type="checkbox"/> PENET.<br><input type="checkbox"/> DIENTES TRAT. RAD.<br><input type="checkbox"/> OBTURADOS<br><input type="checkbox"/> AUSENTES<br><input type="checkbox"/> Para EXTRAER X | <input type="checkbox"/> USO CEPILLO<br><input type="checkbox"/> COND. HIGIENICAS<br><input type="checkbox"/> EPIC. MASTIC.<br><input type="checkbox"/> EN ASISTENCIA<br><input type="checkbox"/> PARADENTOSIS<br><input type="checkbox"/> MALOC.<br><input type="checkbox"/> PROTESIS<br><input type="checkbox"/> OBSERV. |
| <input type="checkbox"/> CRIES 2do. Gr.<br><input type="checkbox"/> PENET.<br><input type="checkbox"/> DIENTES TRAT. RAD.<br><input type="checkbox"/> OBTURADOS<br><input type="checkbox"/> AUSENTES<br><input type="checkbox"/> Para EXTRAER X | <input type="checkbox"/> USO CEPILLO<br><input type="checkbox"/> COND. HIGIENICAS<br><input type="checkbox"/> EPIC. MASTIC.<br><input type="checkbox"/> EN ASISTENCIA<br><input type="checkbox"/> PARADENTOSIS<br><input type="checkbox"/> MALOC.<br><input type="checkbox"/> PROTESIS<br><input type="checkbox"/> OBSERV. |

ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

ODONT. EXAM. \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

|                                |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre                         |             | Hocconis Jorgos Philis              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Anteced. familiares            |             | maternal, reum. ta. P. tuber. r. r. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Anamnesis                      |             | P. G. fr. aca. 3 años               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Fecha                          | 12-28-1953  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Médico examinador              | Juan M. B.  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sist. óseo-articular           | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sist. neuro-muscular           | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Visión                         | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Audición                       | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Mentalidad                     | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Piel                           | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sistema linfático              | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Amígdalas                      | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Aparato digestivo              | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Hernias                        | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sistema endócrino              | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Nutrición-Postura              | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Aparato respiratorio           | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Pulso estát. y dinám.          | 72          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Tensión arterial               | 13-72       |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Aparato circulatorio           | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Solicita para                  | Supr. r. r. |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Se autoriza                    | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Concepto de aptitud            | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Orina                          | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sangre                         | 13          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| EXAMENES Y ANALISIS ESPECIALES |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Fecha                          | I D P       | M 1/10                              | ROENTGENFOTOGRAFIA — PLACA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 12-19-53                       |             |                                     | 3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-79 |

DEPARTAMENTO MEDICO  
DE LA COMISION NACIONAL DE EDUCACION FISICA

COMISION LOCAL

EDUCACION FISICA

RIVERA

Nombre *Nicolás Viera*

Nombre de los padres *Modesto C. Viera - Benicia Suárez*

Documento de identidad *Y. C. C. 26 73*

Lugar y fecha de nacimiento *Rivera 3a sección Esrangueras*

Domicilio *Sarandi s/n Presidente Viera*

Profesión *Empleado Público*

Estado

sabe leer

Vacuna antivariólica *positiva*

*salto*

*si*

Antecedentes deportivos *Just. Bol.*

EXAMEN ANTROPOMETRICO

Fecha *15 de Abril 1953*

Edad *24 años*

Peso *73*

Estatura *1.65*

Talla sentado *90*

Perím. máximo tórax *100*

Perím. mínimo tórax *93*

Perímetro abdominal

Capacidad vital *4000*

Tipo morfológico



|                                                                                                    |                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CARIES 2do. Gr.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" Para EXTRAER X | USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. |
| CARIES 2do. Gr.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" Para EXTRAER X | USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. |
| CARIES 2do. Gr.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" Para EXTRAER X | USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. |
| CARIES 2do. Gr.<br>" PENET.<br>DIENTES TRAT. RAD.<br>" OBTURADOS<br>" AUSENTES<br>" Para EXTRAER X | USO CEPILLO<br>COND. HIGIENICAS<br>EFIC. MASTIC.<br>EN ASISTENCIA<br>PARADENTOSIS<br>MALOC.<br>PROTESIS<br>OBSERV. |



FECHA

ODONT. EXAM.



FECHA

ODONT. EXAM.



FECHA

ODONT. EXAM.



FECHA

ODONT. EXAM.

|                                |                        |        |                                                   |  |          |  |
|--------------------------------|------------------------|--------|---------------------------------------------------|--|----------|--|
| Nombre                         | <i>Miguel Viera</i>    |        |                                                   |  |          |  |
| Anteced. familiares            | <i>sin importancia</i> |        |                                                   |  |          |  |
| Anamnesis                      | <i>sin importancia</i> |        |                                                   |  |          |  |
| Fecha                          | <i>IV - 19 - 49</i>    |        |                                                   |  |          |  |
| Médico examinador              | <i>Juan M. P.</i>      |        |                                                   |  |          |  |
| Sist. óseo-articular           | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Sist. neuro-muscular           | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Visión                         | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Audición                       | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Mentalidad                     | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Piel                           | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Sistema linfático              | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Amígdalas                      | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Aparato digestivo              | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Hernias                        | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Sistema endócrino              | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Nutrición-Postura              | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Aparato respiratorio           | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Pulso estát. y dinám.          | <i>75</i>              |        |                                                   |  |          |  |
| Tensión arterial               | <i>13½ - 8</i>         |        |                                                   |  |          |  |
| Aparato circulatorio           | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Solicita para                  | <i>Dentista</i>        |        |                                                   |  |          |  |
| Se autoriza                    | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Concepto de aptitud            | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Orina                          | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| Sangre                         | <i>B</i>               |        |                                                   |  |          |  |
| EXAMENES Y ANALISIS ESPECIALES |                        |        |                                                   |  |          |  |
| Fecha                          | I D P                  | M 1/10 | ROENTGENFOTOGRAFIA — PLACA                        |  | B. C. G. |  |
|                                |                        |        | <i>No se examina; es<br/>un fumero horizontal</i> |  |          |  |
| OBSERVACIONES                  |                        |        |                                                   |  |          |  |