

» HISTORIA MÉDICA Y REGISTRO DE EXAMINACIÓN FÍSICA.

INSTRUCCIONES. Un examen físico es requisito para cada solicitante que desea estudiar de tiempo completo en ESPAÑA. Los datos solicitados en esta forma deben ser llenados completamente antes de ver al médico para su examinación. Cada pregunta debe ser contestada. El solicitante debe completar esta forma de historia médica y la examinación física antes de poder ser aceptado como estudiante.

DATOS PERSONALES.

Fecha. _____
DÍA MES AÑO

Nombre del alumno: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

En caso de emergencia notificar a:

Padre o Tutor: _____ (_____) _____
NOMBRE DIRECCIÓN CLAVE TELÉFONO

Médico Familiar: _____ (_____) _____
NOMBRE DIRECCIÓN CLAVE TELÉFONO

HISTORIA MÉDICA

Marque la opción(es) que corresponda(n) a su caso.

PASADO PRESENTE

Asma.
Sinusitis.
Resfriados frecuentes.
Tos persistente.
Escupir sangre.
Sudores nocturnos.
Problemas con los ojos.
Problemas con los oídos.
Obstrucción nasal.
Desmayos/mareos.
Problemas de la piel.
Constipación.
Alergias.

PASADO PRESENTE

Tiroides.
Convulsiones.
Insomnio.
Orina Frecuentemente.
Inflamación de pies.
Problemas de espalda.
Dolores de cabeza.
Dificultad para Respirar.
Nerviosismo.
Problemas de articulaciones.
Palpitaciones.
Indigestión.
Otros disturbios.

Marque los casos que usted haya padecido.

Sarampión.	Varicela.	Rubeola.	Escarlatina.
Paperas.	Amigdalitis.	Viruela.	Difteria.
Cólera.	Pleuritis.	Diabetes.	Malaria.
Epilepsia.	Apendicitis.	Úlcera.	Parálisis infantil.
Tuberculosis.	Disentería.	SIDA.	Tifoidea.
Fiebre Reumática.	Otras.		

¿Es usted alérgico a algún medicamento antibiótico u otros medicamentos? Si No.

Especifique: _____.

¿Está usted ahora bajo tratamiento? Si No. ¿De qué tipo? _____.

¿Toma medicina regularmente? Si No. ¿Cuál? _____.

¿Ha tenido alguna vez una alteración? Si No. ¿Cuándo y por cuánto tiempo? _____.

¿Cuál es su tipo de sangre? _____.

EXAMEN MÉDICO

Esta sección debe ser llenada por su médico, al cual le pedimos haga una examinación completa y precisa.

Altura _____ Peso _____

Corazón _____ Presión Sanguínea _____

Nariz y garganta _____ Sinusitis _____

Dientes _____ Piel _____

NUTRICIÓN: Excelente Buena Regular Mala

¿Hay algún problema de tiroides o dificultad glandular? _____.

¿Hay alguna debilidad especial o limitación? _____.

¿Considera que la salud del solicitante es adecuada para responder bien a los estudios y actividades de este Instituto? _____.

COMENTARIOS:

Nombre de Médico: _____.

Dirección: _____ Teléfono: (_____) _____.

Firma: _____.

*** Para el Centro Cristiano "Estandarte Para Las Naciones" A.R., la confidencialidad de sus datos personales es indispensable, por lo tanto, serán tratados conforme a lo establecido en nuestro *Aviso de Privacidad*. Consúltelo en nuestra página web www.institutoespana.org. Calle la Hacienda No. 4401-B. Col. Santiago Momoxpan. San Pedro Cholula, Pue. | Teléfono: (222) 303 02 08 | Fax: (222) 285-06 44 | Correo: espana@amistaddepuebla.org