

INSTRUCCIONES DE LLENADO
Llenar a máquina o utilizar letra de molde
y bolígrafo de tinta negra

DATOS GENERALES

FOLIO No. _____

Nombre del alumno : _____

Edad
Años Meses

Género: Hombre Mujer

Nombre del padre, madre o tutor: _____

En caso de accidente avisar a: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

HISTORIA CLÍNICA

I. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES FAMILIARES Y DEL ASPIRANTE:

	ENFERMEDADES CARDIACAS	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	DIABETES	CÁNCER	ENFERMEDADES RENALES	TUBERCULOSIS
Padre:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Madre:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Aspirante:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	EFISEMA PULMONAR	OBESIDAD	ESCOLIOSIS	OTRAS ESPECIFIQUE		
Padre:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____		
Madre:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____		
Aspirante:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____		

II. SITUACIÓN MÉDICA DEL ASPIRANTE

- ¿Ha sido hospitalizado? Sí ¿Cuándo? No

Motivo _____

- ¿Ha padecido alguna de las siguientes lesiones?

Fractura Dislocaciones Esguinces Torceduras

Parte afectada _____

Tratamiento recibido: _____

- Enfermedades padecidas por el aspirante en el último año: _____

- ¿Actualmente esta bajo tratamiento médico? Sí No

¿De que tipo? _____

- ¿Actualmente padece alguna enfermedad? Sí No

¿Cuál? _____

- ¿Es alérgico(a) a algún medicamento, sustancia o alimento? Sí No

¿Cuál? _____

- Tabaquismo? Edad de inicio: _____ Cigarros que consume al día: _____

VALORACIÓN FÍSICA

Peso _____ Talla _____ P. Arterial _____ Temperatura _____

Grupo sanguíneo _____ Factor RH _____

- Estado general de nutrición Bueno Regular Deficiente

- Presenta disfunciones en lecto-escritura

Dislalia (dificultad para hablar) Sí No

Dislexia (dificultad para leer y escribir) Sí No

Agudeza visual: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Agudeza auditiva: Oído derecho _____ Oído izquierdo _____

PRESENTA ALGÚN PROBLEMA EN:

	Sí	No	¿Cuál? (especifique)
Aparato respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aparato digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aparato circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aparato genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Extremidades superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Extremidades inferiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Pie: _____ Arco: _____ Plantares: _____

Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Movimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

- ¿Cuenta con algún tipo de servicio médico?

IMSS ISSSTE MILITAR PRIVADO OTRO: _____

- Enfermedades o motivos de consulta solicitados durante el último año: _____

Yo _____, médico con especialidad en:
_____, con Cédula Profesional N° _____, hago
constar que los datos asentados en este Certificado son fidedignos, por lo tanto el(la) C. _____

_____ se encuentra en buen estado de salud para iniciar sus estudios en la escuela

Fecha _____

NOMBRE DEL MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE DEL ASPIRANTE

FIRMA DEL ASPIRANTE

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR
(en caso de ser menor de edad)

FIRMA DEL PADRE O TUTOR
(en caso de ser menor de edad)