



Historia Médica y Registro de Examen Físico 1 de 2

Un examen físico es requisito para cada solicitante que desee estudiar de tiempo completo en el Instituto Epicentro. Los datos solicitados en esta forma deben ser llenados completamente por un médico titulado que conozca bien al solicitante.

Datos Personales del Alumno

Nombre:

apellido paterno

apellido materno

nombre(s)

En Caso de Emergencia Notificar a

Nombre del padre o tutor:

apellido paterno

apellido materno

nombre(s)

Dirección:

calle y número

ciudad

Tel:

clave

número

Nombre del médico familiar

apellido paterno

apellido materno

nombre(s)

Dirección:

calle y número

ciudad

Tel:

clave

número

Historia Médica

Marque con una X las opciones que correspondan a su caso o deje en blanco si no ha padecido ninguna de estas enfermedades.

	Pasado	Presente		Pasado	Presente
Enfermedades respiratorias (asma, tuberculosis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades neurológicas (epilepsia, desmayos, mareos, migraña, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades virales (sarampión, paperas, varicela, rubeola, viruela, tifoidea, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del aparato digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias, tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Es alérgico a algún medicamento o antibiótico?

Sí
 No

¿Cuál o cuáles?

¿Se encuentra bajo tratamiento médico actualmente?

Sí
 No

¿De qué tipo?

¿Toma algún medicamento regularmente?

Sí
 No

¿Cuál o cuáles?

¿Ha estado bajo tratamiento psiquiátrico?

Sí
 No

¿Cuándo y por cuánto tiempo?

¿Tiene alguna debilidad especial o impedimento físico?

Sí
 No

¿Cuál o cuáles?

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

Sí
 No

Tipo de sangre:

Altura (en cm.):

Peso (en kg.):

Presión sanguínea:

¿Comentarios adicionales?



Historia Médica y Registro de Examen Físico 2 de 2

Seguro de Gastos Médicos

¿El solicitante cuenta con seguro de gastos médicos que cubra accidentes y enfermedades? Sí No ¿De qué compañía? []

¿De qué tipo?: []

Vigencia: []

día mes año

Datos del Médico

Nombre del médico:

apellido paterno

apellido materno

nombre(s)

Dirección:

calle y número

ciudad

estado

Teléfono:

clave

número

Firma: []

Agradecemos a usted por tomar el tiempo para contestar esta forma.