

# HISTORIAL MEDICO PARTE I

Solicitante favor de llenar la siguiente parte

Nombre		Fecha
Dirección Actual		
Fecha de Nacimiento	Edad al Ingresar a CPLN	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Cuenta con Seguro Medico (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, Otro)		
Celular:	Teléfono de Casa:	

En caso de emergencia, por favor notifique a:

Nombre:	Parentesco :	Teléfono	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	C.P:

Casados: Conyugue | Solteros: Padre o Tutor:

Nombre:	Teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	C.P:

Medico de cabecera en caso de tenerlo:

Nombre:	Teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	C.P:

## CUESTIONARIO MEDICO

¿Ha sufrido Depresión? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Explique	En caso de ser afirmativo, como la trato (indique si aun esta en tratamiento)
--	---



**Cuestionario Medico continuación...**

¿Sufre alguna alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:	
¿Ha estado bajo algún tratamiento o cuidado médico recientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Por qué?
¿Está tomando algún medicamento prescrito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?
¿Ha sufrido algún desorden nervioso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor, explique
¿Alguna vez ha estado bajo cuidado médico por algún trastorno emocional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor, explique: ¿En qué institución?

**HISTORIA DE ENFERMEDADES**

Por favor indique todas las que apliquen en su caso:

Antes/Ahora	Antes/Ahora	Antes/Ahora
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sobrepeso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gripes Frecuentes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Palpitaciones/Corazón
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos constante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amigdalitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escupe Sangre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Visuales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Auditivos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulcera Gástrica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insomnio
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obstrucción Nasal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos o Vértigo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH (+) SIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orina Frecuentemente
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rubeola	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de los huesos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indigestión
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Viruela	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tosferina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difteria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bulimia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apendicitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gonorrea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parálisis Infantil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros Problemas

Certifico que la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera, entiendo que es mi responsabilidad contar con los medios necesarios para atender cualquier emergencia medica, de la misma manera es mi responsabilidad estar inscrito en algún tipo de servicio de salud (*publico o privado*). Los registros de salud se manejaran en estricta confidencialidad, comprendo que la omisión de cualquier información medica que ponga en riesgo mi integridad física o la de mis compañeros será motivo de expulsión.

Con mi firma a continuación, certifico que he leído esta declaración y en consecuencia autorizo a la administración del *Instituto Cristo Para Las Naciones* a difundir la información médica necesaria en caso de emergencia o situaciones que pongan en riesgo mi integridad.

(Si el aspirante es menor de edad, el padre o tutor deberá firmar junto con él).

**Firma Del Solicitante**

**Firma Del Padre o Tutor**



# HISTORIAL MEDICO PARTE II

Solicitante favor de llenar la siguiente parte

Nombre:		
Dirección Actual:		
Teléfono:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Teléfono celular:	Email:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

## EXAMEN FISICO: A completar por un Médico

Altura:	Nariz y Garganta:	Fosas Nasales:
Peso:	Dientes:	Piel:
Corazón:	Ojos:	Presión Arterial:
¿Existe algún problema de tiroides o glandular?		
¿Existe alguna debilidad o limitación?		
¿Considera que la salud del solicitante es la adecuada para un trabajo escolar intensivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Observaciones:		

## INFORMACION DEL MEDICO

Nombre:	Sello
Cedula Profesional:	
Centro Medico:	Teléfono:
Email:	Website:
Firma del Doctor	
Fecha	

