

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ESTUDIANTE

Esta sección debe ser completada por el padre/madre o acudiente y será tratada con suma confidencialidad. Copia de esta información reposará en la enfermería del colegio.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Indicar si el estudiante tiene un médico familiar o de cabecera:

SÍ☐**NO**☐

Nombre del médico:

Por favor indicar si durante los últimos cinco (5) años, un médico u otro profesional de la salud diagnosticó o trató cualquiera de las condiciones o enfermedades abajo listadas.

Para cada respuesta SÍ, por favor proporcionar los detalles en la columna "OBSERVACIONES".

CONDICIÓN O ENFERMEDAD		NO	SÍ	OBSERVACIONES
1	Acidez / reflujo gástrico			
2	Alergias			
3	Anemias			
4	Ansiedad			
5	Apnea del sueño			
6	Asma			
7	Crisis convulsivas / epilepsia			
8	Déficit atencional			
9	Depresión			
10	Diabetes			
11	Discos herniados			
12	Enfermedades reumáticas (artritis, lupus, artritis reumatoide)			
13	Esquizofrenia			
14	Fracturas			
15	Gastritis			
16	Hepatitis			
17	Hernias			
18	Hiperactividad			
19	Infecciones de los oídos (otitis crónica)			
20	Migraña			
21	Presión arterial baja / alta			
22	Problemas cardíacos (corazón)			
23	Problemas de la piel			
24	Trastorno bipolar			

Para cada respuesta SÍ, por favor proporcionar los detalles en la columna "OBSERVACIONES".

CONDICIÓN O ENFERMEDAD	NO	SÍ	OBSERVACIONES
25 Trastornos menstruales / endometriosis			
26 Trastornos sanguíneos (hemofilia)			
27 Úlceras			
28 Intervenciones quirúrgicas recientes			
29 Otras			

Por favor indicar si el (la) estudiante está siendo medicado (a). Listar los medicamentos incluidos en el tratamiento para una o más de las condiciones aquí enunciadas.

Declaro, bajo la gravedad de juramento, que he suministrado la información solicitada de acuerdo a mis conocimientos a la fecha.

Firma del padre (madre) y acudiente _____

EXAMEN FÍSICO PREVENTIVO
(completado en la enfermería del colegio)

Fecha:

Problemas dermatológicos:

Caries dentales:

He examinado al estudiante y revisado sus antecedentes médicos.
Es mi parecer profesional que nada parece indicar que el (la) estudiante deba abstenerse de participar en las actividades académicas del colegio.

COMENTARIOS PARA LA PRÁCTICA DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS EXTRACURRICULARES

Con base en este formulario, nada parece indicar que el (la) estudiante deba abstenerse de participar en actividades deportivas extracurriculares.

Con base en este formulario, recomiendo que el estudiante reciba una evaluación médica que lo habilite (o inhabilite) para la práctica de deportes extracurriculares.

Nombre del médico:

Firma y fecha: