



Historia Médica y Registro de Examen Físico

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)

Historia Médica

	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"/>	COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias, tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hepatitis, tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha sido vacunado completamente contra COVID?

Sí

¿Cuál y

No

Cuándo?

¿Es alérgico a algún medicamento o antibiótico?

Sí

¿De qué

No

tipo?

¿Toma algún medicamento regularmente? ¿Se encuentra bajo tratamiento médico actualmente?

Sí

¿Cuál o

No

cuáles?

¿Ha estado bajo tratamiento psiquiátrico?

Sí

¿Cuándo o por

No

cuánto tiempo?

¿Tiene alguna debilidad especial o impedimento físico?

Sí

¿Cuál o

No

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

(cm):

Peso

(kg):

Preso

sanguínea:

¿Comentarios adicionales?

Afirmación del Médico

Afirmo que he revisado el alumno aplicante y en mi opinión profesional, el o ella está en una condición física aprobada para estudios en Instituto Epicentro.

Fecha:

Firma:

Nombre:

apellido paterno

apellido materno

nombre(s)

Celular / WhatsApp:

Correo Electrónico: