

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.

Enfermedades Respiratorias:

	Pasado	Presente
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia (tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfermedades Neurológicas:

	Pasado	Presente
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo, Mareo o Vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfermedades Digestivas:

	Pasado	Presente
Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos biliales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfermedades Cardiovasculares:

	Pasado	Presente
Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceso de Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alteraciones Psicológicas:

	Pasado	Presente
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfermedades Virales:

	Pasado	Presente
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viruela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tifoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Covid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trastornos Alimentarios:

	Pasado	Presente
Bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras enfermedades:

Diabetes, tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis, tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia Médica

¿Es alérgico a algún medicamento o antibiótico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál o cuáles?	
¿Se encuentra bajo tratamiento médico actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿De qué tipo?	
¿Toma algún medicamento regularmente o prescrito?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál o cuáles?	
¿Ha estado bajo tratamiento psiquiátrico y/o psicológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo fué la última vez y porque motivo?	
¿Tiene alguna debilidad especial o impedimento físico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál o cuáles?	
¿Por salud requiere de alguna alimentación o dieta especial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál y porqué?	

¿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?

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: Firma:

clave número

***El llenado de este formato tiene como objetivo estar informados de tu salud de manera detallada para salvaguardar tu integridad física durante tu estadía en Epicentro y en caso de alguna emergencia.**

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