

Un examen físico es requisito para cada solicitante que deseé 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 parente 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

Histórica 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

Enfermedades Respiratorias:

Asma

Alergia (tipo) _____

Otra _____

Pasado Presente

Enfermedades Virales:

Varicela

Rubeola

Viruela

Tifoidea

Tuberculosis

Covid

Otra _____

Enfermedades Neurológicas:

Epilepsia

Desmayo, Mareo o Vértigo

Migraña

Otra _____

Trastornos Alimentarios:

Bulimia

Anorexia

Otra _____

Enfermedades Digestivas:

Gastritis

Colitis

Cálculos biliares

Otra _____

Otras enfermedades:

Diabetes, tipo _____

VIH

Hepatitis, tipo _____

De oídos _____

De ojos _____

De piel _____

Problemas de espalda

Dolores de cabeza

Insomnio

Anemia

Otra _____

Enfermedades Cardiovasculares:

Insuficiencia Cardiaca

Hipertensión Arterial

Exceso de Colesterol

Infarto de miocardio

Trastornos de ritmo cardíaco _____

Otra _____

Alteraciones Psicológicas:

Ansiedad

Depresión

Otra _____

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 porque?			
¿Considera que la salud del solicitante es adecuada para responder bien a los estudios y actividades del Instituto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Tipo de sangre:			Altura (en cm.):		
Peso (en kg.):			Presión sanguínea:		
¿Comentarios adicionales? <div style="background-color: #e0e0e0; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>					

Seguro de Gastos Médicos

¿El solicitante cuenta con seguro de gastos médicos que cubra accidentes y enfermedades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿De qué compañía?			
¿De qué tipo?:			Vigencia: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 15px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div>día</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 15px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div>mes</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 15px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div>año</div> </div> </div>		

Datos del Médico

Nombre del médico:			
	apellido paterno	apellido materno	nombre(s)
Dirección:			
	calle y número	ciudad	estado
Teléfono:			
	clave	número	Firma:

***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.