

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 ☐ ☐

Alergia (tipo) ☐ ☐ _____

Otra ☐ ☐ _____

Enfermedades Neurológicas:

Epilepsia ☐ ☐

Desmayo, Mareo o Vértigo ☐ ☐

Migraña ☐ ☐

Otra ☐ ☐ _____

Enfermedades Digestivas:

Gastritis ☐ ☐

Colitis ☐ ☐

Cálculos biliales ☐ ☐

Otra ☐ ☐ _____

Enfermedades Cardiovasculares:

Insuficiencia Cardíaca ☐ ☐

Hipertensión Arterial ☐ ☐

Exceso de Colesterol ☐ ☐

Infarto de miocardio ☐ ☐

Trastornos de ritmo cardíaco ☐ ☐ _____

Otra ☐ ☐ _____

Alteraciones Psicológicas:

Ansiedad ☐ ☐

Depresión ☐ ☐

Otra ☐ ☐ _____

Enfermedades Virales:

Pasado Presente

Varicela ☐ ☐

Rubeola ☐ ☐

Viruela ☐ ☐

Tifoidea ☐ ☐

Tuberculosis ☐ ☐

Covid ☐ ☐

Otra ☐ ☐ _____

Trastornos Alimentarios:

Bulimia ☐ ☐

Anorexia ☐ ☐

Otra ☐ ☐ _____

Otras enfermedades:

Diabetes, tipo ☐ ☐ _____

VIH ☐ ☐

Hepatitis, tipo ☐ ☐ _____

De oídos ☐ ☐

De ojos ☐ ☐

De piel ☐ ☐

Problemas de espalda ☐ ☐

Dolores de cabeza ☐ ☐

Insomnio ☐ ☐

Anemia ☐ ☐

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 fue 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.