

# CERTIFICADO MÉDICO

# COLEGIO CRISTÓBAL COLÓN PREPARATORIA



El presente documento es un requisito indispensable para que un alumno o alumna se incorpore en la institución. Habrá de llenarse legible y correctamente.

El formato deberá ser llenado por el médico familiar o el médico de su elección. Ante cualquier información falsa que se proporcione, la Institución se exime de cualquier responsabilidad. La información proporcionada es confidencial y sólo el personal médico tiene acceso a él. Cualquier padecimiento o enfermedad que presente el solicitante, no será motivo de condicionamiento para su ingreso en la institución. El presente documento deberá contener toda la información que se solicita.

Fecha: Tepic, Nay. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Exp: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Hombre  Mujer

## HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

|      |   |    |    |   |                                  |                   |
|------|---|----|----|---|----------------------------------|-------------------|
| 1.-  | ¿Ha presentado su hijo(a) alguna ocasión crisis epilépticas?            | SI | NO |   |                                  |                   |
|      |   |    |    | Médico tratante                               | Medicamento que usa              | Dosis y horario   |
| 2.-  | ¿Ha presentado su hijo(a) alguna ocasión crisis asmáticas?              | SI | NO |   |                                  |                   |
|      |   |    |    | Médico tratante                               | Medicamento que usa              | Dosis y horario   |
| 3.-  | Su hijo(a) usa lentes?  | SI | NO | Si la respuesta es "Sí".                      | Tipo de lentes                   | Frecuencia de uso |
| 4.-  | Su hijo(a) fuma?  | SI | NO | Si la respuesta es "Sí". ¿Con qué frecuencia? |                                  |                   |
| 5.-  | ¿Su hijo(a) consume bebidas alcohólicas?                                | SI | NO | Si la respuesta es "Sí". ¿Con qué frecuencia? |                                  |                   |
| 6.-  | ¿Alguna ocasión ha estado hospitalizado su hijo(a)?                     | SI | NO | Si la respuesta es "Sí"                       | Causa                            | Unidad médica     |
|      |   |    |    |   |                                  | Médico tratante   |
| 7.-  | Su hijo(a) ha tenido alguna cirugía, enfermedad o lesión médica seria?  | SI | NO | Si la respuesta es "Sí"                       | Tipo de cirugía                  | Fecha             |
|      |   |    |    |   |                                  | Médico tratante   |
| 8.-  | Alguna ocasión su hijo(a) se ha desmayado o perdido el conocimiento?    | SI | NO | Si la respuesta es "Sí"                       | Especificar fechas el último año |                   |
| 9.-  | Su hijo(a) es alérgico a algún medicamento o alimento?                  | SI | NO | Si la respuesta es "Sí"                       | Especificar el tipo de alergia   |                   |
| 10.- | Actualmente su hijo(a) está bajo algún tratamiento médico?              | SI | NO | Si la respuesta es "Sí"                       | Nombre del medicamento           | Dosis             |
|      |   |    |    |   |                                  | Horario           |
| 11.- | Su hijo(a) tiene actualmente limitación física para practicar deportes? | SI | NO | Si la respuesta es "Sí"                       | Especificar la limitación        |                   |
| 12.- | Su hijo(a) ha tenido en su vida limitación para practicar deportes?     | SI | NO | Si la respuesta es "Sí"                       | Especificar la limitación        |                   |

Si hay alguna otra observación importante sobre la salud de su hijo(a) agradeceríamos nos lo compartiera: \_\_\_\_\_

# EXAMEN FÍSICO



| Peso | Estatura | T.A | F.C | F.R |
|------|----------|-----|-----|-----|
|      |          |     |     |     |

## Extremidades

## Corazón

## Abdomen (Pulmones)

## Otros

## Recomendaciones

## Relación Peso-talla

# EXAMEN DE LABORATORIO VIGENTE

| Química sanguínea (en cantidades)  | Glucosa     | Urea        | Ácido Úrico | Grupo Sanguíneo | Rh |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|----|
|                                    |             |             |             |                 |    |
| Biometría hemática (en cantidades) | Hemoglobina | Eritrocitos | Leucocitos  |                 |    |
|                                    |             |             |             |                 |    |

## Del Médico:

*\*\* Incorporar Copia de los Exámenes de Laboratorio a este formato.*

Certifico haber examinado al estudiante, de lo mencionado anteriormente, y lo considero apto para continuar sus estudios académicos y actividades físicas

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Registro S.S.A \_\_\_\_\_ Cédula Profesional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

En caso de emergencia médica puede ser trasladado al Hospital: Civil  Privado

Comunicarse con: \_\_\_\_\_ al teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma de papá

\_\_\_\_\_  
Firma de mamá

*Al tener la información de este formato, le agradecemos entregarlo en Control Escolar. Gracias.*