

# CERTIFICADO MÉDICO

# COLEGIO CRISTÓBAL COLÓN PREPARATORIA



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

Este 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 hij@ alguna ocasión crisis epilépticas?	SI	NO			
				Médico tratante	Medicamento que usa	Dosis y horario
2.-	¿Ha presentado su hij@ alguna ocasión crisis asmáticas?	SI	NO			
				Médico tratante	Medicamento que usa	Dosis y horario
3.-	Su hij@ usa lentes?	SI	NO	Si la respuesta es "Sí".	Tipo de lentes	Frecuencia de uso
4.-	Su hij@ fuma?	SI	NO	Si la respuesta es "Sí". ¿Con qué frecuencia?		
5.-	¿Su hij@ consume bebidas alcohólicas?	SI	NO	Si la respuesta es "Sí". ¿Con qué frecuencia?		
6.-	¿Alguna ocasión ha estado hospitalizado su hij@?	SI	NO	Si la respuesta es "Sí".	Causa	Unidad médica
						Médico tratante
7.-	Su hij@ 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 hij@ se ha desmayado o perdido el conocimiento?	SI	NO	Si la respuesta es "Sí".	Especificar fechas el último año	
9.-	Su hij@ es alérgico a algún medicamento o alimento?	SI	NO	Si la respuesta es "Sí".	Especificar el tipo de alergia	
10.-	Actualmente su hij@ está bajo algún tratamiento médico?	SI	NO	Si la respuesta es "Sí".	Nombre del medicamento	Dosis
						Horario
11.-	Su hij@ tiene actualmente limitación física para practicar deportes?	SI	NO	Si la respuesta es "Sí".	Especificar la limitación	
12.-	Su hij@ 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 hij@ agradeceríamos nos lo compartiera: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# EXAMEN FÍSICO



Peso	Estatura	T.A	F.C	F.R

## Extremidades

--

## Corazón

--

## Abdomen (Pulmones)

--

## Otros

--

## Recomendaciones

--

## Relación Peso-talla

--

*maristas*

# 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.*