

# HISTORIA MÉDICA Y EXAMEN MÉDICO

Nombre:	Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre:
---------	-------------------	-------------------	---------

Un examen físico es requisito para cada solicitante. Los datos solicitados en esta forma deben ser llenados completamente antes de ver al médico para su examinación. Cada pregunta debe ser contestada.

<b>EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:</b>			
Nombre del padre o tutor:			
Domicilio:	Calle:	Número:	Colonia:
Ciudad:	Estado:	Teléfono:	
Nombre del médico familiar:			
Domicilio:	Calle:	Número:	Colonia:
Ciudad:	Estado:	Teléfono:	

## HISTORIA MÉDICA

Marque con una X la(s) opción(es) que corresponda(n) a su caso.

	Pasado	Presente
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resfriado frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escupir sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstrucción nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos / mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pasado	Presente
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuente urinación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflamación de pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros trastornos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque con una X las enfermedades que usted haya padecido:

Sarampión	<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	Rubeola	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	Viruela	<input type="checkbox"/>	Difteria	<input type="checkbox"/>
Cólera	<input type="checkbox"/>	Pleuritis	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Malaria	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Apendicitis	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	Parálisis infantil	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Disentería	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	Tifoidea	<input type="checkbox"/>
Fiebre reuma	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>				

# HISTORIA MÉDICA Y EXAMEN MÉDICO

Conteste:

<b>¿Es usted alérgico a algún medicamento o antibiótico?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:
<b>¿Está usted ahora bajo tratamiento?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿De qué tipo?:
<b>¿Toma medicina regularmente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?: ¿Por cuánto tiempo?:
<b>¿Cuál es su tipo de sangre?</b>

Realizar examen "EISA para VIH". Anexar resultados firmados por el médico familiar.

## EXAMEN MÉDICO

Esta sección debe ser llenada por su médico, al cual le pedimos haga una examinación completa y precisa.

Altura:	<b>Nutrición:</b> <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <b>¿Hay algún problema de tiroides o dificultad glandular?:</b>  <b>¿Hay alguna debilidad especial o limitación?:</b>  <b>¿Considera que la salud del solicitante es adecuada para responder correctamente al entrenamiento de cuatro meses y dos meses en el campo misionero?:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Corazón:	
Naríz y garganta:	
Dientes:	
Peso:	
Presión sanguínea:	
Sinusitis:	
Piel:	

<b>Comentarios:</b>
---------------------

<b>Médico familiar:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Domicilio:</b> Calle: Número: Colonia: Ciudad: Estado:		
Firma		