

EVALUACIÓN MÉDICA PARTE I

Los padres de estudiantes menores de 21 años de edad deberán llenar la información solicitada en este lado. Por favor, escriba en letra de molde usando bolígrafo o máquina de escribir.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____ Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____
 Dirección: _____ Teléfono: () _____
 Correo electrónico: _____

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A

Nombre: _____ Parentesco: _____
 Dirección: _____
 Teléfono de la casa: () _____ Teléfono del trabajo: () . _____

HISTORIAL MÉDICO

Favor de indicar todas las condiciones que padece o ha padecido. Contestar con **sí** o no y el año. Para todas las respuestas positivas favor de indicar el año en que ocurrió.

PADECIMIENTO

Si- No (Año)	Si - No (Año)	Si -No (Año)
_____ Alergia	_____ Enfermedad Mental	_____ Neumonía
_____ Alta Presión Arterial	_____ Epilepsia	_____ Paperas
_____ Amigdalitis	_____ Frec. Dolores de cabeza	_____ Poliomieltis
_____ Anemia	_____ Frec. Dolores de espalda	_____ Sífilis
_____ Asma	_____ Hepatitis	_____ Tiroides
_____ Cáncer	_____ Hernia	_____ Tosferina
_____ Concusión Cerebral	_____ Influenza	_____ Tuberculosis
_____ Desmayos	_____ Insomnio	_____ Ulceras
_____ Diabetes	_____ Meningitis	_____ Varicelas
_____ Enfermedad Cardíaca	_____ Mononucleosis	

Cirugías

Si - No (Año)	Si - No (Año)	Si - No (Año)
_____ Apendicitis	_____ Hernia	_____ Espalda
_____ Vesícula	_____ Riñones	_____ Tiroides

HOSPITALIZACIONES: Hacer una lista de todas las hospitalizaciones recibidas en los últimos diez años, excepto las de las cirugías indicando el año de la hospitalización.

ALERGIAS: Hacer una lista de las cosas que le producen una reacción alérgica.

MEDICAMENTOS: Hacer una lista con el nombre de los medicamentos que toma comúnmente, dosis que utilice y frecuencia.

DESVENTAJAS: Favor de indicar si tiene necesidades especiales que requieran equipo especial o acomodo razonable.

AUTORIZACIÓN

Yo, el que suscribe, estudiante mayor de edad (**o padre o tutor si el estudiante es menor de 21 años**), afirmo que la información ofrecida anteriormente es correcta y completa. Autorizo a cualquier oficial o miembro de la Facultad de la UAA como a mis agentes. En caso de enfermedad o accidente, les doy permiso para cualquier examen diagnóstico o terapéutico, o tratamiento considerado necesario por, y suministrado bajo supervisión general o especial de un médico autorizado; sea dicho diagnóstico o tratamiento suministrado en la oficina del médico mencionado o en el Centro de Servicios Médicos de la Universidad. Asimismo, autorizo a la Oficina de Servicios de Salud UAA para la liberación de la información médica pertinente a los proveedores de salud referidos, y a gestionar cualquier examen y/o inmunización requerida a los estudiantes de la UAA, si los mismos no han sido completados.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

(Si el estudiante es menor de 21 años de edad)

EVALUACIÓN MÉDICA PARTE II

Proveedor de Salud: En primer lugar, revise el historial médico completado en el reverso de este formulario y evalúe los documentos de vacuna. Luego realice los exámenes necesarios para completar el siguiente formulario.

Nombre del estudiante: _____ Edad: _____ F () M ()

Estatura _____ Peso _____ Presión _____ / _____ Visión: O.D. _____ /20 _____ Correcto
O.S. _____ /20 _____ Incorrecto

EXAMEN FÍSICO

	Normal	Anormal	Detalles
Abdomen			
Cabeza			
Corazón			
Espalda			
Extremidades			
Garganta			
Hernias			
Nariz			
Oídos			
Pecho			
Piel			
Pulmones			
Reflejos			

DESPUÉS DE HABER EVALUADO AL ESTUDIANTE, FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Considera que este estudiante está física y mentalmente capacitado para hacer trabajo de Universidad?
_____ Sí _____ No

2. ¿Tiene algún tratamiento médico que debe ser continuado mientras esté asistiendo a la Universidad? _____ Sí _____ No
(Si contestó Sí, por favor explique _____)

3. Observaciones: (Cualquier problema especial de salud o precauciones):

Nombre del Médico _____ Licencia # _____ Teléfono _____

Dirección Oficina Médica: _____

Firma del Médico _____ Sello: _____