

**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)

_____ Alergia
_____ Alta Presión Arterial
_____ Amigdalitis
_____ Anemia
_____ Asma
_____ Cáncer
_____ Concusión Cerebral
_____ Desmayos
_____ Diabetes
_____ Enfermedad Cardíaca

Si - No (Año)

_____ Enfermedad Mental
_____ Epilepsia
_____ Frec. Dolores de cabeza
_____ Frec. Dolores de espalda
_____ Hepatitis
_____ Hernia
_____ Influenza
_____ Insomnio
_____ Meningitis
_____ Mononucleosis

Si -No (Año)

_____ Neumonía
_____ Paperas
_____ Poliomielitis
_____ Sífilis
_____ Tiroides
_____ Tosferina
_____ Tuberculosis
_____ Ulceras
_____ Varicelas

Cirugías

Si - No (Año)

_____ Apendicitis
_____ Vesícula

Si - No (Año)

_____ Hernia
_____ Riñones

Si - No (Año)

_____ Espalda
_____ 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: _____