

Formulario de examen médico



Nombre del alumno		Fecha (dd/mm/aa)
Fecha y lugar de nacimiento		Matrícula
Edad	Género	
Calle	Colonia	
Estado	Código postal	

Historia médica

	Si	No
1. ¿Ha presentado crisis epilépticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha presentado crisis asmáticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Usa lentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Fuma habitualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ingiere bebidas alcohólicas habitualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha estado hospitalizado durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido cirugías, enfermedades o lesiones médicas serias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez se ha desmayado o perdido el conocimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Es alérgico a algún medicamento o alimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Está bajo tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene alguna limitación para su participación en las clases o talleres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene alguna limitación médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Sufre de depresión, irritabilidad o alguna enfermedad mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si alguna o varias respuestas de las preguntas 6 a la 13 es afirmativa, favor de especificar cada una:



Examen físico

Peso

Estatura

Presión arterial

Ritmo cardiaco

Exámenes de laboratorio: (Favor de anotar los números, no frases como “normal” o “anormal”. No anexar los resultados).

Química sanguínea (en cantidades).

Glucosa

Urea

Ácido úrico

Grupo sanguíneo

RH

Química sanguínea (en cantidades).

Hemoglobina

Eritrocitos

Leucocitos



Para ser llenado por el médico

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

Nombre del alumno

Firma

Cédula profesional

Reg. SSA

Para ser llenado por el médico

En caso de emergencia médica puedo ser trasladado al hospital:

Comunicarse con

Al teléfono

Nombre del alumno

Firma

Por la presente, expresamente manifiesto que estoy de acuerdo que, derivado de la presente solicitud, mis datos personales serán utilizados exclusivamente para los fines relacionados a UNARTE y a los servicios que la caracterizan, y expresamente autorizo a UNARTE a que los comparta y revele a mis padres o tutores, según sea el caso, sin necesidad de solicitar mi consentimiento previo.

De la misma forma manifiesto expresamente que he leído y comprendido el Aviso de Privacidad de Alumnos y Padres de Familia y/o tutores de UNARTE, disponible para su lectura en el departamento de Sistemas de UNARTE, y que acepto y estoy de acuerdo con sus

Este formato deberá ser firmado por el alumno y por los padres y/o tutores

Nombre del alumno

Firma

Nombre del padre o tutor

Firma