

# Formulario de examen médico

Control escolar



Nombre completo

Fecha de aplicación (dd/mm/aa)

Fecha y lugar de nacimiento

Edad

Domicilio de residencia, calle, número y colonia

Ciudad, estado y código postal

**Historia médica**, si alguna o varias respuestas de las preguntas 6 a la 13 es afirmativa, favor de especificar cada una:

## Sí No Pregunta

1. ¿Ha presentado crisis epilépticas? .....
2. ¿Ha presentado crisis asmáticas? .....
3. ¿Usa lentes? .....
4. ¿Fuma habitualmente? .....
5. ¿Ingiere bebidas alcohólicas habitualmente? .....
6. ¿Ha estado hospitalizado durante el último año? .....
7. ¿Ha tenido cirugías, enfermedades o lesiones médicas serias? .....
8. ¿Alguna vez se ha desmayado o perdido el conocimiento? .....
9. ¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? .....
10. ¿Está bajo tratamiento médico? .....
11. ¿Tiene alguna limitación para su participación en clases o talleres? .....
12. ¿Tiene alguna limitación médica? .....
13. ¿Sufrir de depresión, irritabilidad o alguna enfermedad mental? .....

## Información física

Peso en kg.

Estatura en m.

## Grupo sanguíneo

Grupo sanguíneo

RH

## Observaciones

.....

.....

.....