



# CERTIFICADO MÉDICO

## DATOS GENERALES

Nombre del alumno : \_\_\_\_\_

Edad 

--	--	--

 Años 

--	--

 Meses

Género: Hombre  Mujer

Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

En caso de accidente avisar a: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA

### I. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES FAMILIARES Y DEL ASPIRANTE:

	ENFERMEDADES CARDIACAS		HIPERTENSIÓN ARTERIAL		DIABETES		CÁNCER		ENFERMEDADES RENALES		TUBERCULOSIS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Padre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirante:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

	EFISEMA PULMONAR		OBESIDAD		ESCOLIOSIS		OTRAS ESPECIFIQUE	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Padre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Madre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Aspirante:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	

### II. SITUACIÓN MÉDICA DEL ASPIRANTE

- ¿Ha sido hospitalizado? Sí  ¿Cuándo?  No

Motivo \_\_\_\_\_

- ¿Ha padecido alguna de las siguientes lesiones?

Fracturas  Dislocaciones  Esguinces  Torceduras

Parte afectada \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

- Enfermedades padecidas por el aspirante en el último año: \_\_\_\_\_

- ¿Actualmente esta bajo tratamiento médico? Sí  No

¿De que tipo? \_\_\_\_\_

- ¿Actualmente padece alguna enfermedad? Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

- ¿Es alérgico(a) a algún medicamento, sustancia o alimento? Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

- Tabaquismo? Edad de inicio: \_\_\_\_\_ Cigarros que consume al día: \_\_\_\_\_

## VALORACIÓN FÍSICA

Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ P. Arterial \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_ Factor RH \_\_\_\_\_

- Estado general de nutrición Bueno  Regular  Deficiente

- Presenta disfunciones en lecto-escritura

Dislalia (dificultad para hablar) Sí  No

Dislexia (dificultad para leer y escribir) Sí  No

Agudeza visual: Ojo derecho \_\_\_\_\_ Ojo izquierdo \_\_\_\_\_

Agudeza auditiva: Oído derecho \_\_\_\_\_ Oído izquierdo \_\_\_\_\_

PRESENTA ALGÚN PROBLEMA EN:

	Sí	No	¿Cuál? (especifique)
Aparato respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aparato digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aparato circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aparato genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Extremidades superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Extremidades inferiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Pie: \_\_\_\_\_ Arco: \_\_\_\_\_ Plantares: \_\_\_\_\_

Articulaciones   \_\_\_\_\_

Marcha   \_\_\_\_\_

Movimiento   \_\_\_\_\_

Sistema nervioso   \_\_\_\_\_

- ¿Cuenta con algún tipo de servicio médico?

IMSS  ISSSTE  MILITAR  PRIVADO  OTRO: \_\_\_\_\_

- Enfermedades o motivos de consulta solicitados durante el último año: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, médico con especialidad en:

\_\_\_\_\_, con Cédula Profesional N° \_\_\_\_\_, hago constar que los datos asentados en este Certificado son fidedignos, por lo tanto el(la) C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ se encuentra en buen estado de salud para iniciar sus estudios en la escuela

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ASPIRANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASPIRANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR  
(en caso de ser menor de edad)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O TUTOR  
(en caso de ser menor de edad)



LA INFORMACIÓN AQUÍ ASENTADA SERÁ MANEJADA DE MANERA CONFIDENCIAL Y ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS.