

## 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: