

**ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ESTUDIANTE**

Esta sección debe ser completada por el padre/madre o acudiente y será tratada con suma confidencialidad.  
Copia de esta información reposará en la enfermería del colegio.

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**

Indicar si el estudiante tiene un médico familiar o de cabecera:

**SÍ**☐**NO**☐

Nombre del médico:

Por favor indicar si durante los últimos cinco (5) años, un médico u otro profesional de la salud diagnosticó o trató cualquiera de las condiciones o enfermedades abajo listadas.

**Para cada respuesta SÍ, por favor proporcionar los detalles en la columna "OBSERVACIONES".**

| CONDICIÓN O ENFERMEDAD |                                                                | NO | SÍ | OBSERVACIONES |
|------------------------|----------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 1                      | Acidez / reflujo gástrico                                      |    |    |               |
| 2                      | Alergias                                                       |    |    |               |
| 3                      | Anemias                                                        |    |    |               |
| 4                      | Ansiedad                                                       |    |    |               |
| 5                      | Apnea del sueño                                                |    |    |               |
| 6                      | Asma                                                           |    |    |               |
| 7                      | Crisis convulsivas / epilepsia                                 |    |    |               |
| 8                      | Déficit atencional                                             |    |    |               |
| 9                      | Depresión                                                      |    |    |               |
| 10                     | Diabetes                                                       |    |    |               |
| 11                     | Discos herniados                                               |    |    |               |
| 12                     | Enfermedades reumáticas (artritis, lupus, artritis reumatoide) |    |    |               |
| 13                     | Esquizofrenia                                                  |    |    |               |
| 14                     | Fracturas                                                      |    |    |               |
| 15                     | Gastritis                                                      |    |    |               |
| 16                     | Hepatitis                                                      |    |    |               |
| 17                     | Hernias                                                        |    |    |               |
| 18                     | Hiperactividad                                                 |    |    |               |
| 19                     | Infecciones de los oídos (otitis crónica)                      |    |    |               |
| 20                     | Migraña                                                        |    |    |               |
| 21                     | Presión arterial baja / alta                                   |    |    |               |
| 22                     | Problemas cardíacos (corazón)                                  |    |    |               |
| 23                     | Problemas de la piel                                           |    |    |               |
| 24                     | Trastorno bipolar                                              |    |    |               |

**Para cada respuesta SÍ, por favor proporcionar los detalles en la columna "OBSERVACIONES".**

| <b>CONDICIÓN O ENFERMEDAD</b>             | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
|-------------------------------------------|-----------|-----------|----------------------|
| 25 Trastornos menstruales / endometriosis |           |           |                      |
| 26 Trastornos sanguíneos (hemofilia)      |           |           |                      |
| 27 Úlceras                                |           |           |                      |
| 28 Intervenciones quirúrgicas recientes   |           |           |                      |
| 29 Otras                                  |           |           |                      |

Por favor indicar si el (la) estudiante está siendo medicado (a). Listar los medicamentos incluidos en el tratamiento para una o más de las condiciones aquí enunciadas.

Declaro, bajo la gravedad de juramento, que he suministrado la información solicitada de acuerdo a mis conocimientos a la fecha.

Firma del padre (madre) y acudiente \_\_\_\_\_

**EXAMEN FÍSICO PREVENTIVO**  
(completado en la enfermería del colegio)

Fecha:

Problemas dermatológicos:

Caries dentales:

He examinado al estudiante y revisado sus antecedentes médicos.  
Es mi parecer profesional que nada parece indicar que el (la) estudiante deba abstenerse de participar en las actividades académicas del colegio.

**COMENTARIOS PARA LA PRÁCTICA DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS EXTRACURRICULARES**

Con base en este formulario, nada parece indicar que el (la) estudiante deba abstenerse de participar en actividades deportivas extracurriculares.

Con base en este formulario, recomiendo que el estudiante reciba una evaluación médica que lo habilite (o inhabilite) para la práctica de deportes extracurriculares.

Nombre del médico:

Firma y fecha: