

Fecha: _____

Nombre completo: _____

No. de ficha: _____

Edad: _____ años Hombre Mujer

HISTORIA CLINICA

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL ALUMNO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

INSTRUCCIONES: Marque con una **X** la respuesta que considere más adecuada

¿Tiene familiares (padre, madre, hermanos o abuelos) con alguno de los siguientes antecedentes?

Si la respuesta es SI, anota que familiares

Con enfermedades del corazón	SI	NO	_____
Con cáncer	SI	NO	_____
Con hipertensión arterial	SI	NO	_____
Con tuberculosis	SI	NO	_____
Con adicciones (alcohol, drogas, etc.)	SI	NO	_____
Asmáticos o alergias.	SI	NO	_____
Diabetes	SI	NO	_____
Otras enfermedades	SI	NO	_____
Con enfermedades del corazón	SI	NO	_____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS INDIVIDUALES

Te han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

Diabetes	SI	NO
Presión Arterial Alta	SI	NO
Colesterol o Triglicéridos Altos	SI	NO
Alguna enfermedad del corazón	SI	NO
Asma	SI	NO
Anemia	SI	NO
Cáncer	SI	NO

¿Has presentado algunos de éstos síntomas?

Dolor en el pecho durante la actividad física	SI	NO	Diarreas frecuentes	SI	NO
Palpitaciones anormales del corazón	SI	NO	Dolores abdominales constantes	SI	NO
Dolores de cabeza frecuentes	SI	NO	Dolores articulares constantes	SI	NO
Convulsiones	SI	NO	Ansiedad	SI	NO
Desmayos	SI	NO	Depresión	SI	NO
Mareos constantes	SI	NO	¿Has recibido transfusión sanguínea?	SI	NO
Sensación de desmayo	SI	NO	Algún otro tipo de alergia	SI	NO
Tos con flemas o sangre	SI	NO	¿Has consumido algún tipo de droga o sustancia?	SI	NO
Varicela, Sarampión, Rubeola	SI	NO	¿Consumes algún tipo de droga o sustancia?	SI	NO
Hepatitis	SI	NO			
Alérgico a algún medicamento	SI	NO	Especifica cuál _____		
Alérgico a algún alimento	SI	NO	Especifica cuál _____		
¿Fumas tabaco?	SI	NO	Especifica cuánto Día _____ Semana _____ Mes _____		
¿Consumes alcohol?	SI	NO	Especifica cuánto Día _____ Semana _____ Mes _____		

Tipo de sangre A B AB O Rh

¿Cuentas con todas tus vacunas de la etapa infantil?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifica cuál	_____
¿Cuentas con cartilla de adolescentes?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifica cuál	_____
¿Tienes servicio médico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifica cuál	_____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

¿Te han realizado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifica el motivo	_____
Lugar y fecha de la intervención:	_____			
¿Tuviste alguna complicación con la cirugía?	_____			

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Edad de primera menstruación	<input type="checkbox"/> Aún no se presenta	<input type="checkbox"/> NO	
Fecha de última menstruación	Eres regular	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Presentas dolor durante la menstruación?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Intensidad del dolor
			Bajo Moderado Alto
¿Tomas medicamento para regular tu ciclo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifica cuál
¿Estás bajo tratamiento hormonal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifica cuál

PADECIMIENTOS ACTUALES

¿Padeces alguna enfermedad reciente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifica cuál	_____
Especifica la fecha de inicio o tiempo de evolución de dicha enfermedad	_____			
¿Estás recibiendo tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifica cuál	_____
¿Cuáles son los síntomas principales?	_____			
¿Cuál fue el tratamiento prescrito?	_____			
Estado Actual:	_____			

Anota algún otro antecedente referente a tu salud que consideres relevante que no se encuentre contemplado en esta encuesta como problemas con tu alimentación, antecedentes de consumo de drogas (mariguana, cristal, anfetaminas, etc.), por los que haya habido necesidad de ingresar a alguna institución, tratamiento médico con antidepresivos, anticonvulsivantes, etc.,

Nombre y firma del Aspirante

Nombre y firma del Padre, Madre o Tutor

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL SERVICIO MÉDICO

SOMATOMETRÍA

Peso kg

Talla cm

IMC

SIGNOS VITALES

FC lat/min

FR rep/min

T/A mm Hg

AGUDEZA VISUAL

Ojo Derecho /

Ojo Izquierdo /

Daltónico SI NO

TALLAS PARA UNIFORMES (favor de llenar con número)

Pantalón: Camisa: Zapato:

Nombre completo: _____

Fecha: _____
No. de ficha: _____

Edad: _____ años Hombre Mujer

HISTORIA CLINICA
DATOS PARA SER LLENADOS POR EL MÉDICO

EVALUACIÓN DEL MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Tórax	Normal	<input type="checkbox"/>	Hundido	<input type="checkbox"/>	Quilla	<input type="checkbox"/>	Otro tipo	<input type="checkbox"/>
Cintura Escapular:	Normal	<input type="checkbox"/>	Descendida	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Tronco:	Normal	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>	Hipercifosis	<input type="checkbox"/>	Otro tipo	<input type="checkbox"/>
Giba:	Dorsal	<input type="checkbox"/>	Lumbar	<input type="checkbox"/>	Mixta	<input type="checkbox"/>	No tiene giba	<input type="checkbox"/>
Omoplatos:	Simétricos	<input type="checkbox"/>	Asimétricos	<input type="checkbox"/>	Derecho	<input type="checkbox"/>	Izquierdo	<input type="checkbox"/>
Pelvis:	Normal	<input type="checkbox"/>	Descendida	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Miembros Pélvicos:	Congruentes	<input type="checkbox"/>	Incongruentes	<input type="checkbox"/>	G. Varum	<input type="checkbox"/>	Recurvatum	<input type="checkbox"/>
Rodillas:	Normal	<input type="checkbox"/>	G.Valgum	<input type="checkbox"/>	Cuadrado	<input type="checkbox"/>		
Piés:	Griego	<input type="checkbox"/>	Egipcio	<input type="checkbox"/>	Varo	<input type="checkbox"/>		
Retropié:	Neutro	<input type="checkbox"/>	Valgo	<input type="checkbox"/>	Supinación	<input type="checkbox"/>		
Medio pie:	Neutro	<input type="checkbox"/>	Pronación	<input type="checkbox"/>	Dedos Marra	<input type="checkbox"/>	Dedos Martillo	<input type="checkbox"/>
Antepie:	Normal	<input type="checkbox"/>	Hallux Valgus	<input type="checkbox"/>	Duricias plantares	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Callosidades	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Sindactilia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
Branquimetatarso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				Dedos supraducto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Apoyo Plantar	Normal	<input type="checkbox"/>	Pié Plano	<input type="checkbox"/>	Pie Plano	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> GII
Marcha	Normal	<input type="checkbox"/>	Claudicante	<input type="checkbox"/>	Pie Cavo		
Arco anterior caído		<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO			
	Onicomicosis	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO			
	Micosis plantar	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO			

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

APTO NO APTO

INDICACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO EXAMINADOR

CÉDULA PROFESIONAL