



Historial Médico

Cada uno de los participantes del equipo deberá de presentar el siguiente formato, el cual deberá ser extendido y sellado por una institución de salud pública o privada, o por la Cruz Roja.

PARTE I. Información personal:

Nombre(s) y Apellido(s): _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____ **Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):** ____/____/____

Fechas del programa al que asiste: 2017 / 2018

Dirección:

Calle y número: _____ Número interior: _____

Colonia: _____ Delegación / Municipio: _____

Código Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Número telefónico (con clave LADA): (_____) _____

PARTE II. Fecha de vacunas, indique la fecha en las que ha recibido cada una de las siguientes vacunas (mes / día / año):

Paperas: ____/____/____

Sarampión: ____/____/____

Difteria/Tétanos: ____/____/____
(Se requiere un plazo de 10 años)

Prueba cutánea de TB: ____/____/____
(Segunda fecha, se requiere dentro de un año antes del programa)

Sarampión: ____/____/____

Rubéola: ____/____/____

Polio: ____/____/____
(Primera fecha)

Negativo Positivo (se requieren Rayos-X)



PARTE III. Historia Clínica de la Familia

Indique la edad y estado de salud de:

Padre: _____

Madre: _____

Hermano/a 1 : _____

Hermano/a 2: _____

Hermano/a 3: _____

¿Algún miembro de su familia ha tenido?:

Tuberculosis Asma

Diabetes Cáncer

Enfermedades del corazón

Epilepsia / convulsiones:

Otros: _____

PARTE IV. Indique si usted ha tenido:

Tuberculosis Escarlatina

Apéndice Eccema

Rubeola Amígdalas

Asma Fiebre de heno

Varicela Fiebre reumática

Hepatitis Malaria

Paperas Polio

Otros: _____

Cirugías: _____ fecha: ___/___/___

Alergias: _____

Hernias: _____

Algún otro padecimiento: _____

Hábitos: (Cuánto y con qué frecuencia)

Alcohol: _____

Tabaco: _____

Otros: _____



PARTE V. Padecimientos anteriores y sus síntomas

Por favor responda a las siguientes preguntas, agregando hojas adicionales si es necesario.

A. ¿Ha tenido algún problema por el cual hayan restringido su actividad física en los últimos cinco años? (Dar razones y duración.)

B. ¿Ha consultado o ha recibido tratamiento en alguna clínica, médico u otro profesional de la salud en los últimos cinco años (que no sean los chequeos de rutina)? (Detalle).

C. En los últimos cinco años: ¿ha consultado o ha recibido tratamiento de un psiquiatra, psicólogo clínico, consejero sobre drogas / alcohol, u otro profesional de salud mental? En caso afirmativo, de una explicación a continuación, y pida que su consejero o médico complete la Parte III.

D. En caso de haber sido hospitalizado(a), proporcione una lista con diagnóstico(s) y fecha(s).

E. ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad aguda grave? (Detalle).

F. ¿Tiene alguna enfermedad crónica o recurrente, o lesión permanente, herida crónica o una discapacidad física? (Detalle).

G. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a algún medicamento, ya sea con receta médica o de venta libre? (Detalle).

H. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a vacunas anteriores? (Explique.)

I. ¿Está usted tomando algún medicamento (incluidos los anticonceptivos orales)? (Listar y dar detalles.)



J. ¿Recibe actualmente inyecciones de antígeno / inmunoterapia o medicamentos para alguna alergia?
(Listar)

K. ¿Tiene alguna restricción de dieta por razones de religión? (Explique.)

L. ¿Tiene algún hábito que pueda afectar negativamente su salud? (Explique.)

PARTE VI. Indicar si ha sufrido de:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre inexplicable | <input type="checkbox"/> Problemas del sistema inmune | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal |
| <input type="checkbox"/> Aumento o pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Problema de vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Problemas con los ojos | <input type="checkbox"/> Palpitaciones cardíacas | <input type="checkbox"/> Hernia (ruptura) |
| <input type="checkbox"/> La pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho, presión | <input type="checkbox"/> Cálculo renal |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Tos crónica | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Sarpullido (roncha) crónica | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza fuertes |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Indigestión crónica |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado o coagulación | | <input type="checkbox"/> Menstruación irregular (mujeres) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o leucemia | <input type="checkbox"/> Diarrea crónica | <input type="checkbox"/> Calambres |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dolor / inflamación de articulaciones | |
| <input type="checkbox"/> Mareo recurrente | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | |
| <input type="checkbox"/> Albúmina o sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Rodilla u otras articulaciones que se falsean | |
| <input type="checkbox"/> Deterioro de uso de alguna extremidad | <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos recurrentes | |

Comentario sobre cualquier problema que haya marcado arriba:

Firma del solicitante _____ Fecha (mes/día/año) ____/____/____

Firma del padre/madre o tutor legal _____ Fecha (mes/día/año) ____/____/____

En caso de emergencia contactar a:

Nombre: _____ Relación con el participante: _____

Teléfono (con clave LADA): Casa: () _____

Oficina: () _____ Celular: () _____

Correo electrónico: _____@_____