

# *HISTORIA MÉDICA SERVICIO SOCIAL AIP*

ALUMNO..... CEDULA .....

FECHA DE NACIMIENTO .....

NOMBRE DEL PADRE .....

TEL CASA ..... TEL OFIC..... CELULAR.....

NOMBRE DE LA MADRE.....

TEL CASA ..... TEL OFIC..... CELULAR:.....

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A ..... TEL.....

SEGURO MEDICO CON..... POLIZA #.....

EDAD..... PESO..... TALLA.....mmHg.....PULSO.....

RESPIRACIÓN ..... TIPAJE RH.....

ALERGIAS NO..... SI.....

ALÉRGICO A.....

PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD.....

MEDICAMENTOS (NOMBRE y DOSIS).....

INDICACIONES ESPECIALES.....

**Este formulario debe ser entregado a la AIP antes del 30 de octubre de 2007**

VACUNACIONES:

VACUNA	# DOSIS RECIBIDAS	FECHA DE ULTIMA V ACUNA	OBSERVACIONES
BCG			
DPT			
DT			
POLIO			
MMR			
HEPATITIS A			
HEPATITIS B			
OTRA			

EXAMEN FISICO: N= NORMAL A= ANORMAL 0= NO SE EXAMINO

Cabeza		Cuello	Músculo-esquelético	
Ojos		Pulmones	Neurológico	
Oídos		Corazón	Emocional	
Nariz		Abdomen	piel	
boca		Genito-urinario		

COMENTARIOS: .....

.....

.....

FIRMA DEL MÉDICO:.....

Teléfono: ..... Celular: .....