

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.....

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: