



ACADEMIA INTERAMERICANA  
DE PANAMÁ

## Servicio Social AIP Historial Médico

Alumno: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Tel. de casa: \_\_\_\_\_ Tel. de oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Tel. de casa: \_\_\_\_\_ Tel. de oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Seguro médico con \_\_\_\_\_ Poliza: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ mmHg: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_

Respiración: \_\_\_\_\_ Tipaje RH: \_\_\_\_\_

Alergias Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Alérgico a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Padece de alguna enfermedad:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos (nombre y dosis):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicaciones especiales:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pág. web: [www.aip.edu.pa](http://www.aip.edu.pa)

Correo: [info@aip.edu.pa](mailto:info@aip.edu.pa)

Tel. +507 271-0012

Costa del Este, ciudad de

Panamá

\*Continúa en la siguiente página.



ACADEMIA INTERAMERICANA  
DE PANAMÁ

Vacunaciones:

Vacuna	Número de dosis recibida	Fecha de última vacuna	Observaciones
BCG			
DPT			
DT			
POLIO			
MMR			
HEPATITIS A			
HEPATITIS B			
OTRA			

Examen físico: N = Normal A = Anormal O = No se examinó

Cabeza		Cuello		Músculo esquelético	
Ojos		Pulmones		Neurológico	
Oídos		Corazón		Emocional	
Nariz		Abdomen		Piel	
Boca		Genito urinario			

Comentarios:

---

---

---

---

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Pág. web: [www.aip.edu.pa](http://www.aip.edu.pa)

Correo: [info@aip.edu.pa](mailto:info@aip.edu.pa)

Tel. +507 271-0012

Costa del Este, ciudad de

Panamá