



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 o intolerante a:

---

---

Favor indicar si tiene alguna de las siguientes condiciones:

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad  | <input type="checkbox"/> Epilepsia                          |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Gastritis o problemas estomacales, |
| <input type="checkbox"/> Anorexia  | <input type="checkbox"/> Insomnio                           |

Otro:

---

---

Medicamentos (nombre y dosis):

---

---

Indicaciones especiales:

---

---



ACADEMIA INTERAMERICANA  
DE PANAMÁ

Vacunaciones:

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

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