

HISTORIAL MÉDICO



d

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Apellidos:		Nombre completo:	
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:	

En caso de emergencia, por favor notificar a:

Nombre completo y apellidos:	Parentesco:	Teléfono/Celular:
Dirección:	Ciudad:	Región-País:

Padre o Tutor:

Apellidos:	Nombre Completo:	Teléfono/Celular:
Dirección:	Ciudad:	Región-País:

Médico de familia o médico tratante:

Nombre completo y apellidos:	Teléfono/Celular:	
Dirección:	Ciudad:	Región-País:

1. ¿Sufre de alguna alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:
2. ¿Ha estado bajo algún tratamiento o cuidado médico recientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Por qué?
3. ¿Está tomando algún medicamento prescrito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?
4. ¿Ha sufrido algún desorden nervioso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor explique:
5. ¿Alguna vez ha estado bajo cuidado médico por algún trastorno emocional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor explique: ¿En qué institución?

HISTORIAL DE ENFERMEDADES



Por favor indique las que se apliquen a su caso:

Antes	Ahora		Antes	Ahora		Antes	Ahora	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gripes frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones/corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escupe sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de espalda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obstrucción Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos o Vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cistitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los huesos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viruela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre tifoidea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tosferina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pleuresía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gonorrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	Otro: _____		

AFILIACIÓN A EPS: Si usted es extranjero o colombiano, debe estar afiliado a una Entidad Promotora de Salud (EPS) en Colombia, o poseer seguro médico internacional de cobertura permanente en Colombia durante el tiempo de estudio. El soporte de afiliación o cobertura médica le será solicitado en su primer día en el Instituto.

ACUERDO:

Con la presente, certifico que la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera. Los registros de salud se llevarán a cabo en estricta confidencialidad al igual que todos los demás presentados al Instituto Cristo Para Las Naciones. Mi firma a continuación indica que he leído esta declaración, y en caso de emergencia o alguna situación que amenace mi salud, autorizo la administración de la información médica al instituto Cristo para las Naciones.

NOTA: Si quién está aplicando es menor de 18 años, el padre/tutor legal deberá firmar esta aplicación también.

FIRMA DEL ASPIRANTE || # documento de Identidad

Fecha

FIRMA DEL PADRE O TUTOR || # documento de identidad

Fecha