Colegio Cristiano LOGOS
Educación Inicial, Básica y Media

Historial Médico Estudiantil para Admisión

Luis Amiama Tió #105 Arroyo Hondo. Sto. Dgo. R.D.
Tel: 809-378-0077 Fax: 809-227-1252
www.logos.edu.do Email: contacto@logos.edu.do

Nombre:		Fecha:
Fecha de Nacimiento:		Género:
Padres o tutores:		
Dirección:		Ciudad:
Teléfono:	Oficina:	Celular:

Información Médica

Pediatra:	Fecha del último exámen en el pediatra:
Dirección:	Teléfono:
Alergias:	

Vacunas Requeridas

Fechas									Fechas
DPT							MMR:		
	1	2	3	4	5	6		1	(K-4TO M)
TD, TDAP							Varicela		
	1							1	(K) 2
Polio							TB		
	1	2	3	4	5			1	
HIB Preescolar							Otra:		
	1	2	3	4					
Hepatitis B							Otra:		
	1	2	3						

Peso:	
Altura:	

Elementos recomendados para el exámen médico

¿Reveló el examen médico alguna anomalía en las siguientes áreas?

	Si	No		Si	No
Apariencia física general			Genitales		
Abdomen			Presión Arterial		
Ojos			Sistema Esquelético		
Pulmones			Ganglios Linfáticos		
Lengua y Paladar			Nariz/Garganta		
Neuro Muscular			Dientes/Encías		
Piel			Emocional		
Oidos					

Describa detalladamente cualquier otra afección			
Por favor haga una lista de traumas severos o enfermedades de vida o muerte	A la edad de:	Hospitalizado: Si _____	No _____

Indique si su hijo tiene o ha tenido alguna de estas enfermedades:

Enfermedad del corazón		Fiebre Reumática		Células falciformes	
Epilepsia o convulsiones		Infecciones de la piel		Encefalitis	
Varicela		Sarampión		Hepatitis B	
Eczema		Asma		Tuberculosis	
Sida/ VIH		Diabetes		Otro	
Meningitis		Paperas			
Incontinencia fecal		Enfermedad renal			

¿Toma su hijo algún medicamento? Si ____ No ____	Indique el medicamento y la razón por la que lo toma
¿Se ha indicado algún medicamento como necesario? Si_____ No ____ ¿Cual?	Indique el medicamento y la razón por la que lo toma
¿Tiene alguna incapacidad física? Si ___ No ____	¿Alguna vez ha sufrido convulsiones? Explique:
Describa los hábitos alimenticios de su hijo:	
¿Visión pobre? Si ____ No ____	¿Posee control anal y de orina? Si ____ No ____
¿Audición pobre? Si ____ No ____	¿Sufre de estreñimiento crónico? Si ____ No ____
Podría decir que el estudiante es: Muy activo _____ Promedio _____ Callado _____	Por favor mencione cualquier problema de salud que piense que la institución deba de saber:
¿Sufre de alguna contracción o tic nervioso? Si ____ No ____	
Actividad física: ¿Limitaciones? Si ___ No ___ (Si el estudiante tiene alguna limitación, por favor acompañe el formulario con una nota de su doctor referente a la misma)	

Yo, Dr._____ Exequátur No. _____

CERTIFICO haber realizado un estudio detallado del estudiante de referencia, llegando a la siguiente conclusión:

_____

_____

_____

Firma del especialista

Sello