

Nombre: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Historia Médica Personal

- Ansiedad/Depresión
- Lesiones en la Cabeza
- Dolor de Cabeza Frecuente
- Alta/Baja Presión
- Enfermedad de las Encías/Dental

¿Has tenido o tienes?

- Otras Discapacidades/Necesidades
- Amigdalectomía
- Apendicectomía
- Reparación de Hernia
- Otras Operaciones

Alergias

- Aspirina
- Alimentos
- Polen Estacional
- Picadura de Avispas/Abejas
- Otras:

Por favor comenta sobre las casillas marcadas: (Incluye la explicación y fechas de la enfermedad).

La siguiente sección **debe ser llenada** por un médico con licencia y con tinta azul.

Vacunas:

1. **Tétano-Difteria** (td) ___/___/___ o **Adacel** (Tdap) ___/___/___ *Debes haberla recibido en los últimos 10 años.*
2. **Sarampión, paperas y rubeola (MMR)** Dosis 1 ___/___/___ Dosis 2 ___/___/___
3. **Series de la Polio** (se requiere si es menor de 18 años de edad): Fecha de Terminación: ___/___/___
Se aceptan las series de vacunas orales o inyectables.
4. **Tuberculosis:** La prueba debe hacerse sin importar la Inoculación de BCG. Se debe utilizar la prueba de tuberculina (no la de púa). Si el PPD es positivo, entonces se requiere sacar una radiografía del tórax dentro de un año. El resultado de la prueba cutánea PPD debe estar dentro de un período de 12 meses antes de iniciar en el Colegio Católico México Americano: Fecha de la lectura de la prueba cutánea ___/___/___.

Lectura a las 48-72 horas: Negativo _____ Positivo (mm) _____

Fecha y resultado de los Rayos X del tórax ___/___/___

Se recomienda:

Menomune Fecha recibida ___/___/___ o **Menactra** Fecha recibida ___/___/___

Vacunación contra la Hepatitis A

Dosis 1 ___/___/___ Dosis 2 ___/___/___

Vacunación contra la Hepatitis B

Dosis 1 ___/___/___ Dosis 2 ___/___/___ Dosis 3 ___/___/___

He examinado al paciente arriba mencionado. En el momento del examen esta persona estaba saludable. No se restringen los viajes. Verifico que las vacunas marcadas se le han administrado al paciente para viajar a los Estados Unidos de América.

Nombre del Médico / Firma del Médico / Número de Licencia del Médico / Fecha
(con letra del molde)

AUTORIZACIÓN

Yo autorizo al Colegio Católico México Americano para mantener esta forma en el expediente. MACC me referirá a una clínica médica en caso de que yo necesite servicios médicos o diagnóstico de rutina o emergencia y procedimientos terapéuticos que sean considerados necesarios por el personal médico debidamente autorizado de la clínica. Previa petición, la Directora de Admisiones de MACC me dará una copia de esta forma para el médico de la clínica.

Firma del Estudiante _____

Fecha _____

Firma del Padre/Guardián si el estudiante es menor de 18 años _____

Fecha _____