

PARTE I

HISTORIAL MÉDICO



Favor de incluir con su forma completa del Historial Médico prueba de las siguientes Vacunas: DTaP, Antitetánica, Polio, Rubeola, Paperas, Sarampión.

POR FAVOR DE ESCRIBIR A MÁQUINA O CON LETRA MOLDE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Solicitante favor de llenar la siguiente parte

Apellido:		Nombre:		MI:
Dirección Actual:			Ciudad:	
Estado/Provincia/Región:		C.P.:	País:	
País de Ciudadanía:		Email:		
Edad:	Fecha de Cumpleaños: (mm/dd/aa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		SSN: _____-_____-_____
Celular:		Teléfono de Casa:		

En caso de emergencia, por favor notifique a:

Nombre:	Parentesco :	Teléfono		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	C.P.:	

Padre o Tutor:

Nombre:	Teléfono:			
Dirección:	Ciudad:	Dirección:	Ciudad:	

Doctor de Familia:

Nombre:	Teléfono:			
Dirección:	Ciudad:	Dirección:	Ciudad:	



1. ¿Se ha realizado la prueba de tuberculosis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de aplicación (mm/dd/aa):	Resultado: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
2. ¿Ha estado en contacto con un paciente con tuberculosis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo? (mm/dd/aa)	
3. ¿Sufre alguna alergia medica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:	
4. ¿Ha estado bajo algún tratamiento o cuidado médico recientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Por qué?	
5. ¿Está tomando algún medicamento prescrito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?	
6. ¿Ha sufrido algún desorden nervioso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor, explique	
7. ¿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?	

HISTORIA DE ENFERMEDADES

Por favor indique las que apliquen en 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"/>	Orina Frecuentemente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prob. De 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"/>	Otros Trastornos Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viruela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Tifoidea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tosferina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fleuresia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gonorrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis Infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros Problemas

ACUERDO

Con la presente científico que la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera. Entiendo que si he pasado por alto alguna pregunta, o he fallado en completar cualquier formulario de aplicación mi proceso de revisión para aplicación podría demorar y dar lugar a tener que esperar al siguiente semestre para asistir a CFNI. Los registros de salud se llevarán a cabo en estricta confidencialidad al igual que con todos los demás materiales presentados a CFNI. Mi firma a continuación se indica que he leído esta declaración y, en consecuencia autorizar la administración CFNI a divulgar la información médica necesaria en caso de emergencia o situaciones que amenazan la vida. *(Si el aspirante es menor de edad, el padre o tutor deberá firmar junto con él).*

Firma Del Solicitante

Firma Del Padre o Tutor

PARTE II

HISTORIAL MÉDICO



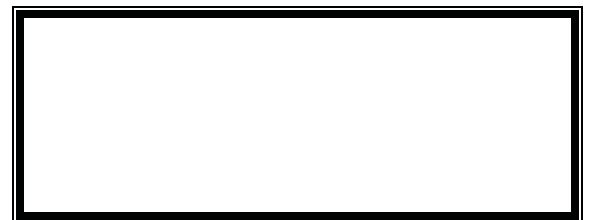
POR FAVOR DE ESCRIBIR A MÁQUINA O CON LETRA MOLDE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Solicitante favor de llenar la siguiente parte

Apellido:	Nombre:	MI:
Dirección Actual:	Ciudad:	SSN: _____-_____-_____
Estado/Provincia/Región:	C.P:	País:
Teléfono:	Fecha de Cumpleaños: (mm/dd/aa)	Edad:
Teléfono celular:	Email:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

EXAMEN FISICO: A completar por un Médico

Altura:	Nariz y Garganta:	Fosas Nasales:
Peso:	Dientes:	Piel:
Corazón.:	Ojos:	Tensión Arterial:
¿Existe algún problema de tiroides o glandular?		
¿Existe alguna debilidad o limitación?		
¿Considera que la salud del solicitante es la adecuada para un trabajo escolar intensivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Observaciones:		



Sello del Médico

INFORMACION DEL DOCTOR:

Centro Médico:	Teléfono :
Email:	Website:

Firma del Doctor

Día

PARTE III HISTORIAL MÉDICO



SOLO PARA APLICANTES INTERNACIONALES

Apellido:		Nombre:		MI:
Dirección Actual:		Ciudad:	SSN: _____ - _____ - _____	
Estado/Provincia/Región:	C.P:	País:		
Teléfono:	Fecha de Cumpleaños: (mm/dd/aa)		Edad:	
Teléfono celular:	Email:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

PRUEBA DE TUBERCULOSIS – A completar por un médico

Marcar los espacios correspondientes:

1. PPD (Mantoux o Tine) exámen realizado dentro de los dos años pasados (Monovac no es aceptable).

Resultado:	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	_____ - _____
Resultado:	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	_____ - _____

2. Si el anterior dio positivo debe someterse a Rayos X del pulmón. Por favor, indique el resultado de los rayos X.

Resultado:	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	_____ - _____
Resultado:	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	_____ - _____



Sello del Médico

INFORMACION DEL DOCTOR:

Centro Medico:	Teléfono :
Email:	Website:

Firma del Doctor

Día