



¿Ha sufrido alguna vez de Tuberculosis?  Sí  No

¿Sufre alguna alergia?  Sí  No Especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha estado bajo algún tratamiento o cuidado médico recientemente?  Sí  No

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento prescrito?  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido algún desorden nervioso?  Sí  No Por favor, explique \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado bajo cuidado médico por algún trastorno emocional?  Sí  No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿En qué institución? \_\_\_\_\_

### RECORD DE VACUNAS

VACUNA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
DTP				
Antitetánica				
Polio				
Rubéola				
Paperas				
Sarampión				

Los historiales médicos se mantendrán confidenciales, así como toda la información presentada en la solicitud a CFNI. El solicitante deberá firmar en la parte correspondiente, autorizando de esta manera a la Administración del Instituto para absorber, remitir y liberar la información de salud necesaria en caso de que se presentara alguna situación de emergencia. *(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 – EXAMEN FÍSICO: (A completar por un Médico)

Altura:	Peso:
Corazón.:	Tensión Arterial:
Nariz y Garganta:	Fosas Nasales:
Dientes:	Piel:
Ojos:	Oídos:

¿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?  Sí  No

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
C.P