



# Colegio Universitario Bautista

## SOLICITUD PARA ADMISIÓN INFORMACIÓN MÉDICA

Se requiere que todos los estudiantes tengan un examen médico previo a la inscripción. La información reportada en este formulario será tratada confidencialmente. Contesta todas las preguntas con tinta negra. Pídele a tu médico que llene las secciones apropiadas y envía esto junto con tu solicitud para admisión. Favor de enviarla a [prbaptistcollege@prbc.edu](mailto:prbaptistcollege@prbc.edu).

### PARTE I. El estudiante debe completar esta sección

NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento día \_\_\_\_ / MES \_\_\_\_ / AÑO \_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Nombre de padre, tutor, o cónyuge: \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_

Domicilio de padre, tutor, o cónyuge: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

#### A. ¿Ha tenido alguno de tus familiares alguna de las siguientes enfermedades?

Si es así, indica tu parentesco con ellos.

	Sí	No	Parentesco		Sí	No	Parentesco
Epilepsia	___	___	_____	Enfermedad Cardíaca	___	___	_____
Cáncer	___	___	_____	Enfermedad Mental	___	___	_____
Diabetes	___	___	_____	Dolores de Cabeza	___	___	_____
Tuberculosis	___	___	_____				

#### B. ¿Has tenido alguna de las siguientes enfermedades? Si es así, indica aproximadamente a qué edad.

	Sí	No	Edad		Sí	No	Edad		Sí	No	Edad
Paperas	___	___	___	Difteria	___	___	___	Pulmonía	___	___	___
Anemia	___	___	___	Alergias	___	___	___	Tos Ferina	___	___	___
Asma	___	___	___	Apendicitis	___	___	___	Fiebre Reumática	___	___	___
Malaria	___	___	___	Amigdalitis	___	___	___	Depresión	___	___	___
Sarampión	___	___	___	Convulsiones	___	___	___	Sida	___	___	___
Diabetes	___	___	___	Varicela	___	___	___	Enfermedad Cardíaca	___	___	___
Ictericia	___	___	___	Tuberculosis	___	___	___	Mononucleosis	___	___	___
Escarlatina	___	___	___	Fiebre tifoidea	___	___	___	infecciosa	___	___	___
Problemas de vista	___	___	___	Infección de oídos	___	___	___				

C. Inicio de la menstruación (edad) \_\_\_\_ Para las mujeres, indica si tienes algún problema relacionado con la menstruación. \_\_\_\_\_

D. ¿Qué otras enfermedades no mencionadas has tenido? \_\_\_\_\_

¿Qué operaciones has experimentado? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido o te han aconsejado un tratamiento psiquiátrico? \_\_\_\_\_

E. En la actualidad, o recientemente, ¿tienes dolores de cabeza frecuentes? \_\_\_\_\_ ¿Pérdida de peso sin haber modificado tu hábito alimenticio? \_\_\_\_\_ ¿Insomnio? \_\_\_\_\_ ¿Desmayos? \_\_\_\_\_ ¿Tendencia a preocuparte? \_\_\_\_\_ ¿Discapacidades? \_\_\_\_\_

F. ¿Has sido restringido de algún programa de educación física? \_\_\_\_\_ Explica \_\_\_\_\_

¿Cuántos días de ausencia escolar o laboral has tenido en el último año por motivos de salud? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las razones? \_\_\_\_\_

¿Cómo calificarías tu salud? Excelente \_\_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_\_ Razonable \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

**PARTE II.** El médico completa esta sección.

### EXAMEN MÉDICO

Para el médico: Favor de completar el siguiente formulario. No dude en dar consejos para el cuidado de este estudiante en el Colegio Universitario Bautista de Puerto Rico. El estudiante está a cargo del costo de este examen.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Examen \_\_\_\_\_

A. Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Respiración \_\_\_\_\_ Presión Sanguínea \_\_\_\_\_

Agudeza visual, sin espejuelos: Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_

Con espejuelos: Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_

Si se usan espejuelos, ¿cuál es la corrección? \_\_\_\_\_

¿Tiene historial de fatiga visual? \_\_\_\_\_ ¿Desequilibrio muscular? \_\_\_\_\_

Agudeza auditiva: Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_ ¿Los tímpanos parecen normales? \_\_\_\_\_

¿Alguna obstrucción nasal? \_\_\_\_\_ ¿Adenopatía cervical? \_\_\_\_\_

¿Pecho Limpio? \_\_\_\_\_ ¿Soplos o irregularidades cardíacas? \_\_\_\_\_

¿Masas abdominales o sensibilidad? \_\_\_\_\_ ¿Hernia? \_\_\_\_\_

¿Deformidades? \_\_\_\_\_

¿Alguna patología de la piel, incluyendo el acné y el pie de atleta? \_\_\_\_\_

• Hemoglobina \_\_\_\_\_ • Análisis de orina: Glucosa \_\_\_\_\_ Albumina \_\_\_\_\_

• Hematocrito \_\_\_\_\_

• Resultado de la prueba serológica: Negativo \_\_\_\_\_ Positivo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

• Fecha de la última radiografía de tórax o prueba de Tuberculosis \_\_\_\_\_

Reporte de examen \_\_\_\_\_

(Se requiere una radiografía de tórax o una prueba del tuberculosis dentro de los últimos seis meses. Los informes de las unidades móviles son aceptables). Si estas pruebas no están dentro de los límites normales, se debe hacer otros estudios apropiados y someter los resultados.

Tipo de Sangre \_\_\_\_\_

B. Informe de Vacunas: Cada estudiante debe estar al día con las siguientes vacunas.

Antitetánica \_\_\_\_\_ Fecha cuando completó la serie o refuerzo recibido \_\_\_\_\_

Poliomielitis \_\_\_\_\_ Fecha completada o recibió refuerzo \_\_\_\_\_

Difteria \_\_\_\_\_ Fecha completada o recibió refuerzo \_\_\_\_\_

Otras vacunas recibidas \_\_\_\_\_

C. ¿Conoce usted personalmente el historial médico del estudiante? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna alergia conocida, incluyendo sensibilidad a los medicamentos? (Liste) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Está el estudiante recibiendo medicación ahora que usted aconseja continuar? \_\_\_\_\_

¿Conoces alguna razón por la el estudiante no deba participar en clases regulares de educación física?

\_\_\_\_\_

¿Ha usado el paciente alguna vez alucinógenos u otros tipos de drogas desorientadoras? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay problemas de salud que deberían ser traídos a nuestra atención? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Considera que la salud física y emocional del solicitante es adecuada para el trabajo académico

intensivo más el empleo a tiempo parcial en caso de que sea necesario? \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ M.D. Fecha \_\_\_\_\_