



4300 South Business 281 • Edinburg, Texas 78539-9399
ADMISIONES (956) 380-8111 ó 380-8133
Escuela (956) 380-8100
Fax (956) 380-8101
E-mail: admisiones@riogrande.edu

HOJA MÉDICA

Historia Médica

Datos personales (El postulante debe llenar esta página)

Nombre _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Sexo _____ Estado Civil _____ Domicilio _____

Nombre de la madre _____ Edad _____ Salud _____

Nombre del padre _____ Edad _____ Salud _____

Si está casado(a) Nombre del esposo(a) _____

Datos de salud del Postulante

¿Cuál es su tipo de sangre? _____ ¿Tiene alguna incapacidad física? _____

¿Tiene alguna enfermedad crónica? _____

Diabetes _____ Convulsiones _____ Presión Arterial _____ Otro _____

¿Tiene alguna alergia? _____

¿Está bajo medicamento(s) ahora? _____ ¿Cuál(es)? _____

Si tiene póliza de seguro o servicio médico escriba el nombre y número:

Debe estar preparado para mostrar una prueba de las siguientes vacunas:

Esquema de inmunizaciones:

Vacunas	1) D.P.T. (Difteria, tosferina, Tétano)	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____
	2) Polio (Sabin)	Fecha _____	Fecha _____	Fecha _____	
	3) Antisarampión	Fecha _____	o Enfermedad: Año _____		
	4) Antipaperas	Fecha _____	o Enfermedad: Año _____		
	5) Antirubeola	Fecha _____	o Enfermedad: Año _____		
	6) B.C.G.	Fecha _____			

Cualquier problema de índole crónico o que requiere atención continua debe ser atendido en su propio país. Es indispensable hacer todos los estudios indicados antes de venir. El Seminario no se responsabiliza por atender estos casos.

Autorizo al Personal Médico del Seminario Bíblico Río Grande que facilite a mi hijo(a) el cuidado médico en caso de emergencia y doy permiso que se le administre los tratamientos que sean indicados mientras que mi hijo(a) esté bajo cuidado de esta Institución.

He leído toda la información previa y certifico que es correcta.

Firma del guardián legal del alumno _____ Fecha _____

Firma del Postulante _____ Fecha _____

EXAMEN FÍSICO

El doctor debe llenar y firmar este lado.

Prueba de Tuberculosis:

P.P.D.

Fecha _____ Lectura : Positiva _____ Negativa _____

Si ha tenido la vacuna de B.C.E. Debe hacer uno de los siguientes:

ABR.

Fecha _____ Resultado _____

Rayos X de los pulmones

Fecha _____ Resultado _____

Se requiere un examen físico básico.

Firma del Doctor _____ Fecha _____

Nombre *(en letra de molde)* _____

Clínica o Hospital _____

Dirección _____

Teléfono _____

Por favor, entregue o envíe esta hoja con todos los comprobantes de los estudios médicos y las pruebas de laboratorios a la oficina de Admisiones.