



SEMINARIO EVANGÉLICO DE PUERTO RICO

OFICINA DE ASUNTOS ACADÉMICOS

776 Ave. Ponce de León

San Juan, PR 00925

Tels. (787) 763-6700 EXT. 228-238

FAX: (787) 766-0938

E mail- registro@seminarioevangelicopr.org

HISTORIAL MÉDICO

I.

Esta parte deberá ser contestada por el/la solicitante, quien costeará la evaluación médica. Llene en letra de molde.

Nombre _____ SEGURO MÉDICO _____

Dirección _____ # S.S. _____

Fecha de nacimiento _____

Estado Civil. _____

Por favor, conteste **sí o no**:

Sí **No:**

1. ¿Padece usted de asma? Sí No
2. ¿Padece usted de períodos de depresión? Sí No
3. ¿Padece usted de enfermedades cardiacas o alta presión? Sí No
4. ¿Ha sufrido usted de epilepsia o convulsiones? Sí No
5. ¿Padece usted de migraña? Sí No
6. ¿Qué cirugías ha tenido usted? _____
7. Por favor, describa cualquier condición física o mental para la que esté recibiendo tratamiento:

II.

Esta parte deberá ser contestada por el médico:

Peso _____ Altura _____ Pulso _____ Presión _____ Hemoglobina _____

EXAMEN	NORMAL	ANORMAL	DESCRIPCIÓN
1. cráneo, cara, cuello, tiroide			
2. nariz			
3. boca y dientes			
4. garganta, amígdalas			
5. oídos			
6. ojos			
7. pulmones y pecho			
8. corazón			
9. abdomen, estómago			
10. intestinos			
11. sistema endocrino			
12. extremidades superiores			
13. extremidades inferiores, pies			
14. sistema urinario, genital			
15. espina dorsal, músculos			
16. piel, glándulas linfáticas			
17. neurológico			

2
HISTORIAL MÉDICO

¿ Cómo describe el estado de salud del/la persona ?

Excelente

Bueno

Regular

Pobre

¿ Sobresalen algunas limitaciones? _____ ¿Cuáles? _____

Firma del médico _____

Número de licencia _____

Dirección _____

Tel. _____

Fecha _____

