

# HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

(PARA SER LLENADO POR EL ESTUDIANTE)



Condición	Presente	Pasado	Condición	Presente	Pasado	Condición	Presente	Pasado
Alergias			Dolor de Pecho			Problemas de Pulmones		
Alta Presión			Epilepsia			Problemas de Riñón		
Anemia			Escoliosis			Problemas de Tiroides		
Anorexia			Fiebre Reumática			Problemas Intestinales		
Artritis			Fracturas			Problemas Urinarios		
Asma			Hepatitis			Problemas Visuales (Ojos)		
Bronquitis Frecuentes			Infecciones de Garganta Frecuentes			Sangrado Nasal		
Bulimia			Lupus			Sarampión		
Cáncer			Mareos Frecuentes			Sickle Cell Anemia		
Condición Del Corazón			Meningitis			Sinusitis		
Convulsiones			Mononucleosis			Tos Crónica		
Depresión			Pérdida de Apetito			Tuberculosis		
Diabetes			Pérdida de Conocimiento			Úlcera de Estómago		
Dolor Abdominal Frecuente			Pérdida de Peso			Uso de Aparatos Ortopédicos		
Dolor de Cabeza Frecuente			Problemas Auditivos			Varicelas		

Otras Condiciones	Si	No	Explique (Fechas)
Alergias a Medicamentos			
Cirugías Realizadas			
Cirugías Recomendadas			
Dietas Especiales			
Enfermedades Sexualmente Transmisibles			
Hipoglicemia			
Hospitalizaciones			
Lesiones y/o Accidentes Serios			
Limitaciones Físicas o Mentales			
Otras condiciones de los nervios			
Problemas de Aprendizaje			
Problemas de Concentración			
Tratamientos Psiquiátricos			
Uso De Aparatos Ortopédicos (Mencione)			