



**ACADEMIA SUPERIOR DE CIENCIAS AERONÁUTICAS
DIVISIÓN DE ADMISIONES
FORMULARIO DE SALUD**

Llenar con Letra de Molde

MATRICULA _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombres: Apellidos:

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo : F M

Tipo de Sangre

En caso de Emergencia llamar a:

Parentesco: Teléfono: Celular:

HISTORIA MEDICA

Favor Marcar la Opción Correspondiente en Cada Caso

Presenta o ha Presentado algunas de las siguientes Situaciones de Salud:

	SI	NO	ESPECIFICACIONES
Problemas respiratorios como Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Problemas sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hepatitis u otras enfermedades hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mareos o historia de desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Migrañas, Tipo de medicamento usado, frecuencia, efectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Usa algún tratamiento para dolores menstruales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene alergia a algún medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene alergia a algún tipo de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene alergia a picaduras de insectos o abejas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alguna otra alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Está bajo tratamiento médico actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ha tenido alguna enfermedad seria o grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Le han practicado alguna cirugía mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tienes alguna limitación física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ha sido tratado por algún padecimiento emocional o nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

LISTE LOS MEDICAMENTO QUE ESTE TOMANDO

Es indispensable contar con un seguro médico contra enfermedades y accidentes durante su período de estudios en esta Academia. Si ya cuenta con un seguro de cobertura, favor de completar los siguientes datos:

Compañía de Seguros _____

Número de Póliza _____

Vencimiento _____

Tipo de Cobertura _____

Firma del Solicitante

Fecha