

Formato de Historia Clínica del Alumno
Servicios Médicos

Datos personales

Nombre completo (por apellidos): _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____
 Código Postal: _____ email: _____ Celular: _____
 Lugar de nacimiento: _____ Fecha: día: _____ mes: _____ año: _____
 Religión: _____ Sexo: masculino femenino
 Estado civil _____
 En caso de emergencia avisar a: _____ Teléfono: _____
 Parentesco: _____ Celular: _____

Datos escolares

Grupo o Carrera _____ Semestre _____
 Escuela de procedencia _____

Datos Clínicos

T/A	F/C	F/R	Temp	Peso	Talla	IMC
-----	-----	-----	------	------	-------	-----

Tipo de sangre _____

este rectángulo deberá ser llenado por los servicios médicos de Universidad La Salle

Antecedentes heredofamiliares

Marca los antecedentes que se encuentren presentes en abuelos, padres, tíos o hermanos.

Cardiovasculares

- Hipertensión arterial
- Cardiopatía isquémica (infartos)
- Otros

Endócrinos

- Diabetes Melitus
- Enf. Tiroideas
- Otros

Neurológicos

- Migraña
- Epilepsia
- Enf. Depresivas

Respiratorios

- Asma
- Otros

Neoplásicos

- Cáncer
- Tumores

Antecedentes personales patológicos

Especifica si has padecido alguna de estas enfermedades

Enfermedades congénitas _____
 Cirugías _____
 Traumatismos _____
 Alergias _____
 Trastornos ginecológicos _____
 Uso de Prótesis (lentes, dentales, otros) _____

Fumas si no a veces
 Tomas si no a veces
 Otros padecimientos _____

Enfermedades infecciosas

- Parotiditis (paperas)
- Rubéola
- Sarampión
- Varicela
- Hepatitis
- Fiebre tifoidea

Nota: favor de contestar con letra de molde y proporcionar **todos** los datos