SEP
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

CONACULTA
Instituto Nacional de Bellas Artes
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN ARTÍSTICAS
DIRECCIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS
PROGRAMA NACIONAL DE ESCUELAS DE INICIACIÓN ARTÍSTICA ASOCIADAS

CERTIFICADO MÉDICO

DATOS GENERALES

Nombre del alumno : _____

Edad ____ ____ ____ ____ Género: Hombre ____ Mujer ____
Años Meses

Nombre del padre, madre o tutor: _____
En caso de accidente avisar a:
Nombre: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____

HISTORIA CLÍNICA

I. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES FAMILIARES Y DEL ASPIRANTE:

	ENFERMEDADES CARDIACAS		HIPERTENSIÓN ARTERIAL		DIABETES		CÁNCER		ENFERMEDADES RENALES		TUBERCULOSIS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Padre:												
Madre:												
Aspirante:												

	EFISEMA PULMONAR		OBESIDAD		ESCOLIOSIS		OTRAS ESPECIFIQUE
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Padre:							_____
Madre:							
Aspirante:							_____

II. SITUACIÓN MÉDICA DEL ASPIRANTE

- ¿Ha sido hospitalizado? Sí ____ ¿Cuándo? ____ No ____
Motivo _____
- ¿Ha padecido alguna de las siguientes lesiones?
Fracturas ____ Dislocaciones ____ Esguinces ____ Torceduras ____
Parte afectada _____
Tratamiento recibido: _____
- Enfermedades padecidas por el aspirante en el último año: _____
_____

-¿Actualmente esta bajo tratamiento médico? Sí ____ No ____
¿De que tipo? _____

-¿Actualmente padece alguna enfermedad? Sí ____ No ____
¿Cuál? _____

-¿Es alérgico(a) a algún medicamento, sustancia o alimento? Sí ____ No ____
¿Cuál? _____

- Tabaquismo? Edad de inicio: Cigarros que consume al día: