



Marine Military Academy

DEPARTAMENTO DE ADMISIONES
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, TX 78550
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

REPORTE DE HISTORIAL CLÍNICO

(Favor de entregar a su médico)

Nombre: _____
Apellido(s) Nombre Segundo Nombre Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

REQUISITOS DE VACUNACIÓN DEL ESTADO DE TEXAS SE DEBERÁN LLENAR LOS ESPACIOS VACÍOS (MM/DD/AA)

VACUNAS:

Difteria, tétanos y tos ferina (DPT/DT)						
Polio						
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)						
Hepatitis B						
Hepatitis A						
Vacuna contra la varicela						
Historial de varicela						
Meningococo			Otra			
* Agudeza visual: OD _____ OS _____ OU _____ * Agudeza auditiva: AD _____ AS _____ WNL _____ AU _____						

Reporte físico: Altura (pulgadas): _____ Peso (libras): _____ Presión arterial: _____

Conteste todas las preguntas: (Favor de comentar en las respuestas que seleccionó "si". Si necesita más espacio utilice otra hoja.)

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Varicela: ¿A qué edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad o Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis o Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno bipolar tipo I, II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión o distimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de oídos, nariz y garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de oposición desafiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. obsesivo compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas ortopédicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de estrés postraumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalías congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugías u operaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Tourette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de déficit de atención/hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones o epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Asperger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paranoia o psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno explosivo intermitente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras enfermedades: (Favor de explicar, si necesita más espacio utilice otra hoja.)

Mencione si su sistema está "normal" o "anormal".

	NORMAL	ANORMAL
1. Cabeza/Oídos/Ojos/Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sistema cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sistema digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aparato genitourinario o hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Músculo esquelético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Metabólico y endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Neuropsiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dermatológico o trastornos de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALERGIAS:	YES	NO
10. Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Medicamentos a base de sulfá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Suero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Alimentos (¿Cuáles?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Otra: _____		

¿Tiene algún órgano deteriorado? (Favor de explicar) _____ Sí NO

¿Tiene alguna limitación física? (Favor de explicar) _____ Sí NO

¿Ha estado o está bajo algún tratamiento psiquiátrico? (Favor de explicar) _____ Sí NO

¿Ha estado o está bajo algún tratamiento médico? (Favor de explicar) _____ Sí NO

¿Está tomando algún medicamento? (Favor de explicar) _____ Sí NO

Firma de médico: _____ Fecha: _____

Nombre de médico: _____ Tel.: _____ Fax: _____

(Escribir en letra de molde)

Dirección: _____

Requisitos de vacunación para todas las escuelas privadas y públicas de Texas

De acuerdo con las leyes de Texas Marine Military Academy requiere que cada estudiante tenga todas las vacunas. Prueba de las vacunas o exención por razones médicas, religiosas, creencias filosóficas y/o personales. Debe estar en el expediente de cada estudiante antes de admitirles.

LAS VACUNAS REQUERIDAS SON:

DTP-DTAP- **5** dosis. La última durante los últimos 10 años (Obligatoria)

SABIN- **4** dosis, la última durante o después de cumplir 4 años (Obligatoria)

SPR-**2** dosis, la primera después de cumplir 1 año (Obligatoria)

HEPATITIS B- **2** dosis para estudiantes que nacieron después del 2 de septiembre de 1988 (Obligatoria)

HEPATITIS A- **2** dosis para estudiantes que nacieron después del 2 de septiembre de 1992 (obligatoria)

VARICELA- **2** dosis para estudiantes que no han tenido varicela (Obligatoria)

Meningococo- **1** dosis (Obligatoria) y otra de 3 a 5 años después.

LAS VACUNAS DEBEN ESTAR AL CORRIENTE ANTES DE QUE LOS ESTUDIANTES VAYAN A CLASES (Título 25 Servicio de salud, ss97.61-97.72 del código de administración de Texas)