



Marine Military Academy

OFICINA DE INGRESOS

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

FORMULARIO MÉDICO

(Este formulario debe ser completado por el padre o tutor legal)

Nombre del solicitante: _____

Apellido(s)

Nombre (s)

SÍ NO

1. **Durante los últimos 12 meses (desde su última revisión médica):**
 - a. ¿Ha sido hospitalizado?
 - b. ¿Ha sufrido alguna lesión que requiera visita médica?
 - c. ¿Ha padecido alguna enfermedad durante más de una semana?

En caso de respuesta afirmativa a alguna de las preguntas anteriores, favor de proporcionar la fecha y motivo.

2. **¿El cadete toma algún medicamento con regularidad?**
En caso afirmativo, favor de indicar los medicamentos y el diagnóstico. _____
3. **¿Hay alguna razón por la que debamos de limitar la participación del menor en actividades deportivas?**
En caso afirmativo, favor de especificar el motivo. _____
4. **Afirmo que mi hijo puede nadar o que no corre riesgo de sufrir lesiones o muerte al nadar o acceder de otro modo a un cuerpo de agua:**
5. **¿Prohíbe que participe en deportes de contacto tales como fútbol americano o boxeo?**
En caso afirmativo, favor de especificar el motivo. _____
6. **¿Alguna vez ha sufrido una conmoción cerebral, fractura o ha sido noqueado?**
En caso afirmativo, favor de especificar la fecha (mm/dd/aa) y motivo: _____
7. **¿Alguna vez ha sufrido convulsiones o ha sido diagnosticado con epilepsia?**
En caso afirmativo, favor de especificar la fecha y motivo: _____
8. **¿Está o ha sido sometido alguna vez a tratamiento psiquiátrico?**
En caso afirmativo, favor de especificar el motivo junto con documento del psiquiatra: _____
9. **¿Carece de algún órgano?**
En caso afirmativo, favor de explicar: _____
10. **¿Usa de algún aparato dental (por ejemplo, frenos, retenedor, etc.)?**
11. **¿Ha recibido tratamiento por lesiones de cuello o espalda?**
En caso afirmativo, favor de especificar la fecha (mm/dd/aa) y motivo: _____
12. **¿Es alérgico a algún medicamento?**
En caso afirmativo, favor de mencionar cuáles: _____
13. **¿Está recibiendo tratamiento por algún otro motivo no mencionado en este formulario?**
En caso afirmativo, favor de explicar: _____
14. **Le hicieron la prueba de la tuberculina el _____ (mm/dd/aa) con resultado negativo el _____ (mm/dd/aa).**
El propósito principal de la prueba de la tuberculina es mantener un ambiente escolar sano y seguro y reducir los costos directos e indirectos asociados con un caso de tuberculosis en el campus.
15. **Autorizo que mi hijo reciba la vacuna contra la gripe por \$25 dólares que serán facturados a nombre del padre o tutor legal.**
Sí No No Aplica **Mi hijo ya recibió la vacuna el _____ (mm/dd/aa).**
La vacuna se pondrá entre los meses de octubre y noviembre. No es una vacuna obligatoria.
16. **¿Ha sido vacunado este año por otra razón desconocida por el departamento médico?**
En caso afirmativo, favor de enviar una copia.

Declaro que la información en este formulario es verdadera, completa y correcta.

Fecha (mm/dd/aa): _____ Firma de padre/tutor legal: _____