



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? SÍ NO
 - b. ¿Ha sufrido alguna lesión que requiera visita médica? SÍ NO
 - c. ¿Ha padecido alguna enfermedad durante más de una semana? SÍ NO

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?** SÍ NO
En caso afirmativo, favor de indicar los medicamentos y el diagnóstico. _____
3. **¿Hay alguna razón por la que debemos de limitar la participación del menor en actividades deportivas?** SÍ NO
En caso afirmativo, favor de especificar el motivo. _____
4. **¿Prohíbe que participe en deportes de contacto tales como fútbol americano o boxeo?** SÍ NO
En caso afirmativo, favor de especificar el motivo. _____
5. **¿Alguna vez ha sufrido una conmoción cerebral, fractura o ha sido noqueado?** SÍ NO
En caso afirmativo, favor de especificar la fecha (mm/dd/aa) y motivo: _____
6. **¿Alguna vez ha sufrido convulsiones o ha sido diagnosticado con epilepsia?** SÍ NO
En caso afirmativo, favor de especificar la fecha y motivo: _____
7. **¿Está o ha sido sometido alguna vez a tratamiento psiquiátrico?** SÍ NO
En caso afirmativo, favor de especificar el motivo junto con documento del psiquiatra: _____
8. **¿Carece de algún órgano?** SÍ NO
En caso afirmativo, favor de explicar: _____
9. **¿Usa de algún aparato dental (por ejemplo, frenos, retenedor, etc.)?** SÍ NO
10. **¿Ha recibido tratamiento por lesiones de cuello o espalda?** SÍ NO
En caso afirmativo, favor de especificar la fecha (mm/dd/aa) y motivo: _____
11. **¿Es alérgico a algún medicamento?** SÍ NO
En caso afirmativo, favor de mencionar cuáles: _____
12. **¿Está recibiendo tratamiento por algún otro motivo no mencionado en este formulario?** SÍ NO
En caso afirmativo, favor de explicar: _____
13. **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.
14. **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.
15. **¿Ha sido vacunado este año por otra razón desconocida por el departamento médico?** SÍ NO
En caso afirmativo, favor de enviar una copia.

Este formulario debe ser completado por el padre o tutor del cadete durante cada año y deberá entregarse al personal de la oficina médica antes de que el estudiante participe en algún tipo de deporte, actividad, o juego, ya sea dentro o fuera de la temporada. Las preguntas están estructuradas para complementar el reporte de historial clínico. Si hay algún cambio en el estado de salud del solicitante que haga peligrosa su participación, favor de mencionarlo. Todas las respuestas afirmativas que no hayan sido mencionadas en el reporte de historial médico requerirán un examen físico adicional. TODO cambio en el estado de salud del cadete debe de ser reportado a la oficina médica para asegurar que no ocurran lesiones de mayor gravedad y que se le proporcione o se complete el tratamiento adecuado recetado por el médico. Declaro que la información en este formulario es verdadera, completa y correcta.

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