Marine Military Academy

ADMISSIONS OFFICE
320 Iwo Jima Boulevard
Harlingen, TX 78550
TEL: (956) 423-6006 FAX: (956) 421-9273

MEDICAL ADDENDUM

(Must be completed annually)

Nobre de cadete (Aspirante): _____
(Por favor impresioń) Appedllido Primero Sequndo

Esta forma de debe llenar el ANUALMENTE por el padre o el guarda. Esta forma se debe recribir por la oficina médica antes de la participación en cualquier deporte, actividad intramuros, práctica o juego, o acitividad fisica. Las preguntas se diseñan para suplir el informe de Marine Military Academy Examen Medico. Si cambios han ocurrido en la salud de su cadete que lo hace peligroso para que él participle en actividades fisicas note esos cambios. El cadete que vuelve que tiene una respuesta del sí requerirá un Nuevo examen médico.

		SI	NO
1.	Durante los últimos 12 meses (desde el examen médico pasado):		
	a. Han hospitalizado a su cadete?	❑	❑
	b. Él ha tenido lesión que requerir la visita de un doctor?	❑	❑
	c. Él ha tenido una enfermedad que duró más de una semana?	❑	❑
	Se require el comentario en todas respuestas "SI" _____		
2.	Su cadete toma medicación regularmente?	❑	❑
	Si sí, de el nombre la medicación y razon _____		
	Honorario diario de la medicación ($150.00 por semester no es reembolsable): Las medicaciones diarias se administrant tres veces por día durante comidas. Los cadets que toman medicaciones deben divulger (según lo necesitado) al personal del departamento médico durante la hora de comida(s). Cadetes no puede tener la prescripción o el excedente la medicacion contraria en su posesión.		
3.	Hay cualquier limitación fisica para la participación del deporte?	❑	❑
	Si sí, explique. _____		
4.	Usted prohíbe a su cadete de la participación en deportes del contacto como el football o boxeo?	❑	❑
5.	Su cadete ha tenido una conmoción cerebral, fractura o ha golpeado inconsciente?	❑	❑
	Si observe sí, por favor cuando y porqué. _____		
6.	Su cadete ha tenido convulsions o asi?	❑	❑
	Si sí explique. _____		
7.	Su cadete esta experimentando actualmente o el ha experimentado cuidado psyciatric?	❑	❑
	Si sí explique. _____		
8.	Su cadete está faltando órganos?	❑	❑
	Si sí explique. _____		
9.	Su cadete está usando una aplcación del detnal?	❑	❑
10.	Han tratado a su cadete para lesion de la parte posteriora o del cuello?	❑	❑
	Si sí explique. _____		
11.	Es su cadete alérgico a medicación?	❑	❑
	Si sí explique. _____		
12.	Su cadete tiene condición medica o ningún tratamiento enumerado aquí?	❑	❑
	Si sí explique. _____		
13.	Han inmunizado a su cadete este año?	❑	❑
	a. Tétanos fecha: _____		
	b. Polio fecha: _____		
	c. MMR fecha: _____		
14.	Ha habido cambios a su seguro médico?	❑	❑
	Si sí, proporcione por favor la información.		

Todos los cambios a la salud de su cadete se deben divulger al Department Médico para asegurar ninguna otra lesion ocurra y ese tratamiento se comienza o se termine según lo prescrito. Certifico toda la información proporcionada es complete y correcto.

Fecha: _____ Firma de padre/Guardian: _____

Medical Department Review _____ Date: _____