



Marine Military Academy

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

EXAMEN MEDICO

(Someta al medico o al abastecedor medico)

Nombre de Cadete: _____
 Apellido _____ Primero _____ Segundo _____

Fecha de nacimiento: _____

El nombre de parientes: _____ Relacion: _____

Direccion de parientes mas cercanos: _____

Numeros de telefono del padre/guardian: _____
 Hogar _____ Trabajo _____

Conteste todas las preguntas siguientes (se requiere el comentario en todas respuestas positivas en una hoja separada)

Tiene/tenia:	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de ojos/ nariz/garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataquees/Epliepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Tiene historia del siguiente?(se requiere el comentario en todas respuestas positivas en una hoja separada)

Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de rinon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas neurologicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Ortopedicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesion a la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anormalidades congenito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugia / Operaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de Alcohol/Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden Neuropsychiatric	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enuresis nocturnal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas / condiciones (Explica)	_____							

Historia de inmunizacion (El estado de tejas requiere el informe exacto de las fechas de la inmunizacion MES/DIA/ANO)

DPT/DT (3+1 despues de 4 anos y dento diez)					
Polio (3 +1 despues de la edad 4)					
Sarampion/paperas (2 si nacio despues de 11/78)					

Reporte Fisico: Altura (pulgadas): _____ Peso (lbs): _____ Agudeza visual: OD _____ OS _____ OU _____

Presion arterial: _____ Tipo de sangre: _____ Audiencia: AD _____ AS _____ WNL _____ AU _____

Son los sistemas normales? Describa completamente cualquier anomalidad en una hoja separada.

	NORMAL	ABNORM		SI	NO
1. Cabeza/oidos/ojos/nariz/garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias:		
2. Sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sistema cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Drogas de Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Suero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Genitourinario/Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Alimentos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Musculo/Esqueletico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Otro: _____		
7. Metabolico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Neurologico psiquiatrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Dermatologico/desorden de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Hay funcion deteriorada de organo ? SI NO

Tiene limitaciones fisicas? SI NO

Han diagnosticado al aspirante con desorden defecit de la atencion? SI NO

Esta el aspirante bajo tratamiento o medicaciones (Si si tipo de medicacion) _____ SI NO

Firma de Medico: _____ Fecha: _____

Direccion: _____ Telefono: _____