



Certificado médico

Este documento es obligatorio para ingresar al ITESO. Es el único formato aceptado, favor de llenar con letra legible.

Este documento deberá ser llenado por el médico familiar o el médico de su elección; ante cualquier información falsa que se proporcione, el ITESO no tendrá ninguna responsabilidad legal. La información proporcionada es confidencial y sólo el personal médico y de enfermería tienen acceso a él. Cualquier padecimiento o enfermedad que presente el solicitante, no será motivo de rechazo en su ingreso al ITESO. Para que este certificado sea válido, deberá contener todos los datos solicitados.

Fecha _____ Nombre _____ Expediente ITESO _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar _____ Fem. Masc.

Historia personal

	Sí	No
1. ¿Ha presentado crisis epilépticas?		
2. ¿Ha presentado crisis asmáticas?		
3. ¿Usa lentes?		
4. ¿Fuma habitualmente?		
5. ¿Ingiere bebidas alcohólicas habitualmente?		
6. ¿Ha estado hospitalizado durante el último año?		
7. ¿Ha tenido una cirugía, enfermedades o lesión médica seria?		
8. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha perdido el conocimiento?		
9. ¿Es alérgico a algún medicamento o alimento?		
10. ¿Está bajo tratamiento médico?		
11. ¿Tiene alguna limitación para su participación deportiva?		
12. ¿Ha tenido limitación médica para practicar algún deporte?		

Si la respuesta de las preguntas 6 a 12 es Sí, favor de especificar.

Examen físico

Peso _____

Estatura _____

T.A. _____

F.C. _____

F.R. _____

Extremidades _____

Corazón _____

Abdomen _____

Otros _____

Recomendaciones _____

Exámenes de laboratorio (Favor de anotar los números, y no frases como "normal" o "anormal". No anexar los resultados).

Química sanguínea (en cantidades)

Glucosa _____ Urea _____ Ácido Úrico _____ Grupo sanguíneo _____ Rh _____

Biometría hemática (en cantidades)

Hemoglobina _____ Eritrocitos _____ Leucocitos _____

Certifico haber examinado al estudiante, de lo mencionado anteriormente, y lo considero apto para continuar sus estudios académicos y actividades físicas.

Nombre del médico _____ Reg. SSA _____

Cédula profesional _____ Firma _____

Esta área deberá ser llenada por el alumno:

En caso de emergencia médica puedo ser trasladado al Hospital: Civil Privado _____

Comunicarse con _____ al teléfono _____

Firma del alumno