



ANEXO "D"

FICHA DE HISTORIAL MÉDICO

DATOS GENERALES:

DATOS DEL CADETE:

NOMBRES DEL CADETE:

APELLIDOS DEL CADETE:

FECHA DE NACIMIENTO:

TIPO DE
SANGRE:

NÚMERO DE
CÉDULA:

CURSO:

EDAD:

DOMICILIO:

DATOS DEL PADRE:

NOMBRES DEL
PADRE:

APELLIDOS DEL
PADRE:

TELÉFONO
CONVENCIONAL:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS DE LA MADRE:

NOMBRES DE LA MADRE:

APELLIDOS DE LA MADRE:

TELEFONO CONVENCIONAL:

CELULAR:

CORREO ELECTRONICO:



HISTORIAL MÉDICO

1. **¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA Y/ O PRE EXISTENTE? SI**
 NO

EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE LA ENFERMEDAD (Adjuntar Certificado Médico)

- ¿HA TENIDO ALGUN DESMAYO O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO? SI**
 NO

EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE CUAL HA SIDO LA CAUSA

2. **¿EXISTE ALGUN MOTIVO, QUE LE IMPIDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA O QUE LE PRODUZCA ALGUNA MOLESTIA? SI NO** (Adjuntar Certificado Médico)

EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE

3. **¿ES DIABÉTICO? SI NO**

EN CASO DE SER AFIRMATIVO ESPECIFIQUE SI SE ADMINISTRA ALGUNA MEDICACIÓN

4. **TIENE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD SI NO**

EN CASO DE SER AFIRMATIVO ESPECIFIQUE QUÉ TIPO Y GRADO DE DISCAPACIDAD

(ADJUNTAR CARNET CONADIS)

5. **¿TIENE O HA SUFRIDO EPILEPSIA O CONVULSIONES? SI NO**

EN CASO DE SER AFIRMATIVO INDICAR SI SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO

6. **¿TIENE ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD PULMONAR? ASMA SI NO X**
BRONQUITIS SI NO

EN CASO DE SER AFIRMATIVO INDIQUE EL TRATAMIENTO Y EL TIPO DE MEDICACION QUE

UTILIZA (Adjuntar Certificado Médico)

7. **¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA (CORAZÓN)? SI NO**

EN CASO DE SER AFIRMATIVO ESPECIFIQUE TIPO DE PATOLOGÍA.
(Adjuntar Certificado)