



Colegio Saint Mary

Altos de San Francisco de La Chorrera, Barrio Balboa
Panamá, Rep. De Panamá
Tel.: 244-6732 / <https://stmarypanamaoeste.edu.pa>

INFORME MÉDICO

Nombre: _____ Tipo de Sangre: _____ Fecha de Nac.: _____
Edad: _____ Dirección: _____ TEL: _____
En caso de urgencia notificar a: _____ TEL: _____

HISTORIA CLÍNICA

1. ¿Sufre el estudiante de:
- | | | | | | |
|---------------------------|-------|-------------------------------|-------|-------------------|-------|
| Problemas congénitos | _____ | Problemas gástricos | _____ | Asma | _____ |
| Problemas de coordinación | _____ | Problemas renales | _____ | Diabetes | _____ |
| Problemas visuales: | _____ | Problemas musculares | _____ | Trauma mayor | _____ |
| Problemas auditivos | _____ | Problemas de las extremidades | _____ | Desmayos | _____ |
| Resfriados frecuentes | _____ | Problemas neurológicos | _____ | Cirugía | _____ |
| Problemas dentales | _____ | Problemas convulsivos | _____ | Enuresis | _____ |
| Problemas tiroideos | _____ | Disturbios emocionales | _____ | Encopresis | _____ |
| Problemas pulmonares | _____ | Problemas de lenguaje | _____ | Problemas | _____ |
| Problemas cardíacos | _____ | Anemia | _____ | de salud crónicos | _____ |
| Otros (especifique) | _____ | | | | |
2. ¿Sufre el estudiante de alergias? Sí _____ No _____ ¿A qué?: _____
3. ¿Recibe algún tratamiento médico? Sí _____ No _____ ¿Cuál?: _____
4. ¿Toma algún medicamento? Sí _____ No _____ ¿Cuál es?: _____
5. Vacunas (Por favor dé fechas)
- | | | |
|------------|-------------------------|--------------|
| DPT: _____ | Toxoide tetánico: _____ | Polio: _____ |
| MMR: _____ | PPD o Tine: _____ | Otras: _____ |

EXAMEN FÍSICO

Altura: _____ Peso: _____ Presión Arterial: _____

	Normal	Anormal	Observaciones:
Cabeza	_____	_____	_____
Ojos	_____	_____	_____
ONG	_____	_____	_____
Cuello	_____	_____	_____
Tórax	_____	_____	_____
Pulmones	_____	_____	_____
Corazón	_____	_____	_____
Abdomen	_____	_____	_____
GU	_____	_____	_____
Extremidades	_____	_____	_____
Neurológico	_____	_____	_____

Nombre del Médico: _____ Firma: _____ Fecha: _____
(Código y sello)

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE URGENCIA

A quien corresponda:

Yo, el abajo firmante, padre acudiente de _____, mi hijo/a, por estos presentes doy mi consentimiento y autorización para que se le brinde tratamiento médico de urgencia a mi hijo/a cuando la ocasión así lo amerite, mientras acuda a la Escuela St. Mary's. Por este medio también autorizo al personal profesional de cualquier institución médica de la Ciudad de Panamá para que le brinde a mi hijo/a cualesquiera primeros auxilios y/o tratamiento médico de urgencia que el personal médico de las instituciones arriba mencionadas estime necesario o conveniente. Comprendo el propósito de los primeros auxilios y/o tratamiento médico de las instituciones arriba mencionadas, los riesgos involucrados y, por medio de este voluntariamente solicito que en casos de urgencia estos tratamientos se le administren a mi hijo/a. Este consentimiento y autorización incluye el derecho de agentes, servidores o empleados de la Escuela St. Mary's de transportar o de autorizar el transporte de mi hijo/a una de las instituciones arriba mencionadas con el propósito de que se le brinde tratamiento médico de urgencia. Se entiende que será notificado de la naturaleza de la urgencia y a cuál institución medio mi hijo/a ha sido trasladado en la forma más expedita posible dentro de las circunstancias prevalente.

Fecha: _____

Firma: _____