



SEMINARIO BÍBLICO MEXICANO

Formato de Antecedentes Clínicos

El Seminario Bíblico Mexicano es una institución educativa ocupada en la formación integral de los futuros ministros de la Iglesia de Dios. Dicha formación integral involucra la atención en lo que a la salud de los mismos se refiere, por ello, es importante y necesario que toda persona, independientemente de la función que desempeñe (alumno, maestro, administrativo u otro) sea responsable de sí mismo y contribuya al bienestar de esta comunidad facilitando la información necesaria sobre este aspecto.

Instrucciones: Es de suma importancia que el siguiente formulario sea llenado con toda transparencia y honestidad, el no hacerlo pone en riesgo la salud del solicitante y la tranquilidad de esta institución.

***Si necesita mayor espacio para responder, use la parte posterior de la hoja.**

Hermosillo, Sonora, ____ de _____ de 20__.

Nombre completo: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

a) ¿Ha padecido alguna enfermedad grave y/o contagiosa?

Sí _____ No _____ Especifique: _____

b) ¿Ha estado bajo algún tratamiento o cuidado médico?

Sí _____ No _____ Fecha: _____

Tipo de tratamiento: _____

c) ¿Padece alguna alergia?

Sí _____ No _____ Especifique: _____

Indicaciones y Contraindicaciones: _____

¿Requiere tratamiento o está bajo la supervisión de un médico?

Sí _____ No _____ Comente: _____

¿Existe alguna indicación médica en especial a seguir en caso de tener alguna complicación?

d) ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?

Sí _____ No _____ Fecha: _____

Especifique: _____

e) ¿Con qué frecuencia se realiza chequeos médicos?

Regular₁ _____ Normal₂ _____ Nula₃ _____

1. Equivale a una vez mínimo por año
2. Equivale a dos veces mínimo por año
3. Nunca ha asistido a un chequeo médico

¿Acude a un médico particular o servicio de alguna institución (IMSS, ISSSTE, otras)? _____

f) ¿Tiene usted alguna experiencia de sanidad divina? Sí _____ No _____
Enfermedad o problema: _____
Fecha en que recibió la sanidad: _____

g) ¿Realiza ejercicio físico? Sí _____ No _____
Tipo(s) de ejercicio que realiza: _____
¿Con qué frecuencia? _____
Peso: _____
Talla: _____

h) ¿Se le han aplicado las vacunas correspondientes?
Sí _____ No _____ Comente: _____

Historial de vacunas aplicadas:

| Vacuna | Fecha | Fecha | Fecha |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|
| DTP (Difteria, Tosferina y Tétanos) | | | |
| Polio | | | |
| Rubéola | | | |
| Paperas | | | |
| Sarampión | | | |
| Tuberculosis (BCG) | | | |
| Otra(s): _____ | | | |

De la siguiente lista de enfermedades, señale con una **X** en caso de padecer o haber padecido alguna de ellas.

Problemas del Aparato Respiratorio

- Asma
- Bronquitis
- Faringitis
- Dificultades en la voz
- Pulmonía
- Neumonía
- Sinusitis
- Tos
- Resfriados
- Gripe
- Silbidos (voz en forma de silbido)
- Otros: _____

Problemas del Aparato Excretor

- Riñón
- Problemas urinarios
- Vesícula

Problemas del Aparato Reproductor

- Hemorragias
- Quistes
- Tumores
- Problemas menstruales
- Inflamaciones testiculares
- Otros: _____

Problemas del Aparato Circulatorio

- Várices
- Calambres
- Hinchazón de los pies
- Otros: _____

Problemas en el Sistema Cardiovascular

- Hipertensión arterial
- Soplo en el corazón
- Arterioesclerosis
- Otros: _____

Problemas del Aparato Locomotor (Huesos y músculos)

- Artritis
- Artritis reumatoide
- Osteoporosis
- Esguince
- Raquitismo infantil
- Fracturas, lesiones u otros.
- Otros: _____

Problemas del Aparato Digestivo

- Gastritis
- Colitis
- Úlceras estomacales
- Otros: _____

Firma: _____