



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE RIOVERDE
SERVICIOS ESCOLARES
SERVICIOS MÉDICOS
CERTIFICADO MÉDICO

SOLICITUD DE LABORATORIO

NOMBRE: _____

SEXO: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

ANÁLISIS SOLICITADOS:

- ✓ BHC
- ✓ GPO Y RH
- ✓ EGO
- ✓ GLUCOSA EN AYUNO
- ✓ COLESTEROL
- ✓ TRIGLICERIDOS

FECHA DE ACT. 04 / FEB / 16

REV. 0



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE RIOVERDE
SERVICIOS ESCOLARES
SERVICIOS MÉDICOS
CERTIFICADO MÉDICO

FECHA: _____

CARRERA: _____

NO. DE CONTROL: _____

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ EDAD: _____

DOMICILIO: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

SERVICIO MÉDICO CON EL QUE CUENTA

IMSS ISSSTE SEGURO POPULAR PARTICULAR NINGUNO

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES (SUBRAYAR Y ESPECIFICAR)

DIABETES MELLITUS HIPERTENSIÓN CARDIOPATÍAS OBESIDAD ENF. DE LA TIROIDES
EMBOLIAS ENF. DE LOS PULMONES ENF. DEL RIÑÓN CÁNCER ARTRITIS
ENF. DEL HIGADO PROB. GENÉTICOS ENF. MENTALES GASTRITIS ADICCIONES
ENF. DE LA SANGRE

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS (SUBRAYAR Y ESPECIFICAR)

SARAMPIÓN VARICELA PAROTIDITIS IRAS EPILEPSIA IGEPI GASTRITIS
ASMA ALERGIAS ADICCIONES ENF. DE LA SANGRE NEUMONÍA CARIES IVUS
INF. O ENF. DE LA PIEL ENF. DEL RIÑÓN INTOXICACIONES TUMORES PROB. DE VISIÓN
PROB. CARDIACOS

RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

ACTUALMENTE: ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD Y/O ALERGIA? ¿CUÁL? (MENCIONAR EL TRATAMIENTO)

¿ALGUNA VEZ LO HAN OPERADO? ¿DE QUE Y HACE CUANTO TIEMPO?



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE RIOVERDE
SERVICIOS ESCOLARES
SERVICIOS MEDICOS
CERTIFICADO MEDICO

¿HA CONSUMIDO DROGAS, ALCOHOL O TABACO ALGUNA VEZ, Y CON QUE FRECUENCIA?

¿CÓMO ES SU ALIMENTACIÓN? ¿EN QUE CONSISTE?

¿QUÉ TIPO DE EJERCICIO FISICO REALIZA Y CON QUE FRECUENCIA?

MUJERES: ¿ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EMBARAZADA? ¿CUÁL ES SU TIEMPO DE GESTACIÓN?

EXAMEN FÍSICO

PESO: _____ TALLA: _____
TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____

EXPLORACIÓN VISUAL: OI _____ OD _____

OBSERVACIONES GENERALES DEL MÉDICO

NOMBRE Y FIRMA
(MÉDICO QUE REALIZO LA VALORACIÓN)