

Certificado médico detallado

1. Nombre y apellidos:Edad.....

| 2. Historial médico: | SI | NO |
|--|----|----|
| ¿Tuberculosis? | | |
| ¿Procesos tumorales? (tumores malignos, lupus eritematoso) | | |
| ¿Enfermedades cardíacas? | | |
| ¿Enfermedades hepáticas? | | |
| ¿Enfermedades venéreas? | | |
| ¿Neuropatologías? | | |
| ¿Enfermedades mentales? | | |
| ¿Otras enfermedades contagiosas? | | |
| ¿Alcoholismo o abuso de estupefacientes? | | |
| ¿Alguna enfermedad genética? | | |
| ¿Alguna operación? | | |
| ¿Algún órgano trasplantado? | | |

3. Exploración física externa:

Estatura: Peso: MBI..... Presión sanguínea:

| | | | |
|--|--|------------------|--|
| Oído derecho | | Visión derecha | |
| Oído izquierdo | | Visión izquierda | |
| ¿Alguna minusvalía física? (discapacidad, mutilación, deformación) | | | |

| 4. Exploración física interna: | Normal | Anormal |
|--------------------------------|--------|---------|
| Corazón | | |
| Pulmones | | |
| Riñones | | |
| Hígado (función hepática) | | |
| Linfa | | |
| Tiroides | | |
| Sistema Nervioso | | |

5. Analíticas y resultados:

| Tipo | Fecha | Resultado (normal o anormal) |
|---------------------------|-------|---------------------------------|
| Análisis sangre rutinario | | |
| Análisis de orina | | |
| Tipo | Fecha | Resultado (positivo o negativo) |
| Análisis del VIH | | |
| Hbs Ag | | |

6. ¿El solicitante toma algún tipo de medicación? ¿Por qué?

7. Resultado del examen médico:

- ¿Existe algún elemento físico o psicológico desfavorable que afectaría por su parte la educación de un menor?
- ¿Es el estado de salud del solicitante el apropiado para criar un niño?

Nombre médico: Número de colegiado:

Firma

Fecha: