



# SEMINARIO BÍBLICO RIO GRANDE

4300 S US Hwy 281 • Edinburg, TX 78539  
Admisiones: (956) 380-8111  
Fax (956) 380-8101  
Correo electrónico: admisiones@riogrande.edu

## HOJA MÉDICA

El postulante debe llenar esta página

### HISTORIA CLÍNICA DEL POSTULANTE

#### Datos personales

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle y número Apartado postal o Casilla de correos

Ciudad Estado (Provincia, Región o Departamento) Código Postal País

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Estado civil: \_\_\_\_\_

Si esta casado(a), Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

#### Datos de salud del postulante

¿Cuál es su tipo de sangre? \_\_\_\_\_ ¿Tiene alguna discapacidad física? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna enfermedad crónica? \_\_\_\_\_

- |                                 |                                    |                                       |  |
|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Epilepsia                                   |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Está bajo medicamento(s) ahora? \_\_\_\_\_ ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

Si tiene póliza de seguro o servicio médico, escriba el nombre de la compañía y su número: \_\_\_\_\_

Debe estar preparado para mostrar una prueba de las siguientes vacunas:

#### Esquema de inmunizaciones

<b>Vacunas</b>	1) D.P.T. (Difteria, Tosferina, Tétano)	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____
	2) Polio (Sabin)	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____
	3) Antisarampión	Fecha: _____	o Enfermedad: Año _____		
	4) Antipaperas	Fecha: _____	o Enfermedad: Año _____		
	5) Antirubeola	Fecha: _____	o Enfermedad: Año _____		
	6) B.C.G.	Fecha: _____			

Cualquier problema de índole crónico o que requiera atención continua debe ser atendido en su propio país. Es indispensable hacer todos los estudios indicados antes de venir a estudiar. El Seminario Bíblico Rio Grande no se responsabiliza por atender estos casos.

Autorizo al personal médico del Seminario Bíblico Rio Grande que le facilite a mi hijo(a) el cuidado médico en caso de emergencia y doy permiso que se le administren los tratamientos que sean indicados mientras mi hijo(a) esté bajo cuidado de esta institución.

He leído toda la información previa y certifico que es correcta.

Firma del guardián legal del postulante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Postulante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# EXAMEN FÍSICO Y DENTAL

## EXAMEN FÍSICO ( El doctor debe llenar y firmar el examen físico)

### Prueba de Tuberculosis:

P.P.D.

Fecha: \_\_\_\_\_ Lectura:  Positiva  Negativa

Si ha tenido la vacuna de B.C.G Debe hacer uno de los siguientes:

ABR

Fecha: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Rayos X de los pulmones

Fecha: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Es requerido un examen físico general del postulante.

Firma del doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Clinica u Hospital: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle y número

Apartado postal o Casilla de correos

Ciudad

Estado (Provincia, Región o Departamento)

Código Postal

País

Teléfono: \_\_\_\_\_

(Incluir código de país y ciudad)

## EXAMEN DENTAL ( El Odontólogo debe llenar y firmar el examen físico)

### Necesita los Tratamiento de (Favor de encerrar en un círculo):

**Tratamiento Urgente** \_\_\_ Caries, Endodoncia, Absceso, Síntomas de dolor, Infección o Hinchazón.

**Atención de Restauración** \_\_\_ Amalgamas, coronas, etc.

Favor de anotar otras observaciones: \_\_\_\_\_

Firma del Odontólogo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle y número

Apartado postal o Casilla de correos

Ciudad

Estado (Provincia, Región o Departamento)

Código Postal

País

Teléfono: \_\_\_\_\_

(Incluir código de país y ciudad)

### Por favor entregue o envíe esta hoja, junto con todos los comprobantes de los estudios médicos y las pruebas de laboratorio:

Por correo postal:

Por correo electrónico:

Seminario Bíblico Río Grande

admisiones@riogrande.edu

Oficina de Admisiones

4300 S US Hwy 281

Edinburg, TX 78539