



**Colegio Bilingüe New Horizons**  
Our Strongest Conviction is Academic Excellence  
Accredited by New England Association of Schools and Colleges (NEASC)

**FORMULARIO MEDICO OFTALMOLOGICO**

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Matricula:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Curso:** \_\_\_\_\_

**Fecha del examen médico:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes Enfermedades Oftalmológicas:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Usa Lentes:** (Si) (No) **Edad Primeros Lentes:** \_\_\_\_\_ años

**Motivo:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Final y Recomendaciones:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Médico especialista:** \_\_\_\_\_ **Teléfonos:** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_



**Colegio Bilingüe New Horizons**  
Our Strongest Conviction is Academic Excellence  
Accredited by New England Association of Schools and Colleges (NEASC)

**FORMULARIO MEDICO OTOLOGICO**

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Matricula:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Curso:** \_\_\_\_\_

**Fecha del examen médico:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes Enfermedades Otológicas:**

---

---

**Resultados de Otoscopia:**

---

---

**Resultados de Audiometría:**

---

---

**Diagnóstico Final y Recomendaciones:**

---

---

---

**Médico especialista:** \_\_\_\_\_ **Teléfonos:** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_



**Colegio Bilingüe New Horizons**  
 Our Strongest Conviction is Academic Excellence  
 Accredited by New England Association of Schools and Colleges (NEASC)

**FORMULARIO MEDICO PEDIATRICO**

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Matricula:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Curso:** \_\_\_\_\_

**Fecha del examen médico:** \_\_\_\_\_

**I. Información Neo-natal:**

Embarazo: Normal \_\_\_ Alto Riego \_\_\_ Otras condiciones: \_\_\_\_\_

Nacimiento: Natural \_\_\_ Cesárea \_\_\_ A término \_\_\_ Prematuro \_\_\_ Puntuación Apgar: \_\_\_\_\_

Problemas en el Desarrollo del Habla: (Si) (No). Especifique: \_\_\_\_\_

Problemas en el Desarrollo Motor: (Si) (No). Especifique: \_\_\_\_\_

Problemas en el Desarrollo Auditivo: (Si) (No). Especifique: \_\_\_\_\_

**II. Enfermedades Presentadas en la Niñez:**

Amigdalitis: (Si) (No)	Enfermedades Cardíacas: (Si) (No)	Paperas: (Si) (No)
Asma: (Si) (No)	Hemofilia: (Si) (No)	Rubeola: (Si) (No)
Diabetes: (Si) (No)	Hepatitis A: (Si) (No)	Sarampión: (Si) (No)
Epilepsia: (Si) (No)	Meningitis: (Si) (No)	Varicela: (Si) (No)

**III. Enfermedades Padecidas por Familiares:**

Diabetes: (Si) (No)	Epilepsia: (Si) (No)	Alergias: (Si) (No)
Asma: (Si) (No)	Migraña: (Si) (No)	Otras _____

**IV. Alergias: (Si) (No)**

Especifique: \_\_\_\_\_

**V. Medicamentos:**

¿Toma algún medicamento de forma permanente? (Si) (No)

Nombre del medicamento y dosis: \_\_\_\_\_

**VI. Datos del Pediatra**

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

**VII. Datos del Dentista**

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

**Médico especialista:** \_\_\_\_\_ **Teléfonos:** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_