



HOJA MÉDICA A S O M E X

Mi hijo(a) _____, puede realizar la actividad deportiva para la que ha sido inscrito sin ningún impedimento, ya que se encuentra físicamente apto(a) para llevarla a cabo. Por lo tanto no es responsabilidad de ASOMEX, ni del colegio anfitrión, si algún incidente relacionado con su salud llegase a presentarse durante el torneo de _____ a efectuarse en la ciudad de _____ los días del _____.

Cada colegio aplicará las políticas propias de seguro de gastos médicos.

Escuela ASOMEX: _____.

Grado: ____ **Edad:** _____ **Sexo:** ____ **Peso:** ____ **Estatura** _____.

Seguro de Gastos Médicos

Compañía: _____ Número de Póliza: _____.

Teléfono de contacto con la compañía aseguradora: _____.

Tipo de Sangre: _____.

ANTECEDENTES

1.- Mencione las enfermedades que ha tenido (corazón, pulmones, hígado, sangre, etc.) _____.

2.- ¿Padece alguna enfermedad actualmente? No ____ Si ____ ¿Cuál (es)? _____.

3.- ¿Es alérgico a alguna cosa o medicamento? No ____ Si ____ ¿A qué? _____.

4.- ¿Ha tenido alguna operación? No ____ Si ____ ¿De qué? _____.

5.- ¿Se ha fracturado alguna vez? No ____ Si ____ ¿Qué parte del cuerpo? _____.

6.- ¿Ha tenido traumatismo craneo-encefálico? No ____ Si ____.

7.- ¿Ha tenido lesiones músculo-tendinosas? No ____ Si ____ ¿En qué parte del cuerpo? _____.

8.- ¿Toma algún tipo de medicamento? No ____ Si ____ ¿Cuál? _____.

9.- ¿Cuáles son sus hábitos alimenticios? Desayuno Si ____ No ____.

Comida Si ____ No ____.

Cena Si ____ No ____.

10.- ¿Es diabético? Si ____ No ____.

11.- ¿Es hipertenso? Si ____ No ____.

12.- ¿Es epiléptico? Si ____ No ____.

13.- Si tiene alguna otra observación médica no contemplada en este formato por favor anótela: _____.

Nombre del Alumno _____.

Dirección _____.

Colonia _____.

Ciudad _____.

Teléfono 1 _____ Teléfono Oficina _____.

Teléfono 2 _____ Teléfono Mamá _____.

Hago constar que las respuestas aquí asentadas son verídicas, en caso contrario no constituyen responsabilidad para las Escuelas del sistema ASOMEX.