



Instituto Bíblico Interamericano

FACULTAD DE TEOLOGIA

FORMA S-1

EVALUACIÓN DE SALUD DEL POSTULANTE

El médico evaluador debe examinar al postulante y registrar los datos exactos de la condición actual de salud. El postulante estará hospedado en un dormitorio junto a otros estudiantes y es absolutamente necesario obtener un historial correcto de su salud para su propia protección. Las respuestas deben estar basadas en un examen físico y de laboratorio clínico respectivo. El Instituto Bíblico Interamericano le agradece su cooperación.

HISTORIA MÉDICA

Nombre del Paciente: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombres

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____ Grado de Instrucción: _____

Si es casado(a) nombre del esposo(a): _____

DATOS DE SALUD

Peso del paciente: _____ Estatura del paciente: _____

Tipo de sangre: _____ Presión de la sangre: _____

Estado del corazón: _____ (Si la respuesta es negativa, por favor explicar) _____

¿Tiene amígdalas el paciente? Si No Si la respuesta es afirmativa, por favor explicar cualquier anomalía del mismo: _____

¿Es el oído del paciente normal? Si No ¿Es la vista del paciente normal? Si No

¿Tiene el paciente alguna incapacidad física permanente? Si No Si la respuesta es afirmativa, por favor explicarla: _____

¿Está bajo medicamentos ahora? _____ ¿Cuáles? _____

¿Ha sido el paciente sometido a algún tipo de operación en los últimos años? _____

Basados en los análisis clínicos de laboratorio respectivo, por favor señale las preguntas:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Tiene el paciente tuberculosis? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez tuberculosis el paciente? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene el paciente alguna enfermedad venérea? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene el paciente contagio o indicio de VIH/SIDA? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene el paciente algún antecedente de epilepsia, o algún tipo de ataque? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tiene el paciente algún desorden sanguíneo? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Señale las enfermedades que el paciente sufre o ha sufrido anteriormente (incluya también posibles sospechas de enfermedades):

Papera Hepatitis Varicela Sarampión

DATOS DEL MEDICO

Nombre del Médico: _____

Clínica u Hospital: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

_____ / _____ / _____
Fecha

Sello y Firma del Médico

Por favor, entregue o envíe esta hoja con todos los comprobantes de los estudios médicos y las pruebas de laboratorio a la oficina de admisiones.

Envíenos este Formato directamente a la siguiente dirección postal:

Instituto Bíblico Interamericano

Av. F. Wiesse 3673, Los Pinos, S.J.L.
LIMA 36, PERÚ