



Mazapan School

Zona Mazapan
La Ceiba, Honduras.

Tel: +504 443-2716
Fax: +504 443-3559
Website: www.mazapanschool.org

Historial Médico del Aspirante

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Día / Mes / Año

Enfermedades infantiles padecidas:

- Paperas
- Varicela
- Rubéola
- Sarampión
- Otros _____

Condiciones Especiales:

- Asma
- Problemas Cardíacos
- Epilepsia
- Otros, Favor especificar _____

Alergias a:

Medicamentos, Alimentos, etc.

Constancia de vacunas

Vacuna	Edad	Dosis/Refuerzo	Fecha
BCG (Tuberculosis)	Recién nacido(a)	Dosis única	
	7 años	Dosis refuerzo	
Sabin (Poliomielitis)	Recién nacido(a)	Dosis adicional	
	2 meses	Primera dosis	
	4 meses	Segunda dosis	
	6 meses	Tercera dosis	
	Menores de 5 años	Dosis adicional	
Pentavalente (DPT+HB+HIB) DPT [Difteria, Tos Ferina y Tétanos] HB [Hepatitis B] HIB [Haemophilus influenza tipo b]	2 meses	Primera dosis	
	4 meses	Segunda dosis	
	6 meses	Tercera dosis	
DPT	1 año después la tercera dosis de Pentavalente	Primer refuerzo	
	4-5 años	Segundo refuerzo	
SRP (MMR) (Sarampión, Rubéola y Paperas)	12 Meses	Dosis única	

Examen Físico (debe de ser llenado por el médico)

Diagnóstico: _____

Observaciones / Prescripciones: _____

Firma y Sello Médico

Fecha

Examen Oftalmológico:

Diagnóstico: _____

Observaciones / Prescripciones: _____

Usa Lentes: Si No

Firma y Sello Médico

Fecha

Examen de Audición:

Diagnóstico: _____

Observaciones / Prescripciones: _____

Firma y Sello Médico

Fecha