



Marine Military Academy

DEPARTAMENTO DE ADMISIONES
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, TX 78550
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

REPORTE DE HISTORIAL CLÍNICO

(Favor de entregar a su médico)

Nombre: _____
Apellido(s) Nombre Segundo Nombre Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

REQUISITOS DE VACUNACIÓN DEL ESTADO DE TEXAS SE DEBERÁN LLENAR LOS ESPACIOS VACÍOS (MM/DD/AA)

VACUNAS:

Difteria, tétanos y tos ferina (DPT/DT)						
Polio						
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)						
Hepatitis B						
Hepatitis A						
Vacuna contra la varicela						
Historial de varicela						
Meningococo			Otra			
* Agudeza visual: OD _____ OS _____ OU _____ * Agudeza auditiva: AD _____ AS _____ WNL _____ AU _____						

Reporte físico: Altura (pulgadas): _____ Peso (libras): _____ Presión arterial: _____

Conteste todas las preguntas: (Favor de comentar en las respuestas positivas, si necesita más espacio utilice otra hoja.)

Varicela: ¿A qué edad?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Tos crónica	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ansiedad o Nerviosismo	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis o Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno bipolar tipo I, II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión o distimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de oídos, nariz y garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de oposición desafiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. obsesivo compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas ortopédicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de estrés postraumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalías congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugías u operaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Tourette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de déficit de atención/hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones o epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Asperger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paranoia o psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno explosivo intermitente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras enfermedades: (Favor de explicar, si necesita más espacio utilice otra hoja.)

Are the following systems normal? (Please fully describe any abnormalities.)

	NORMAL	ABNORM	ALERGIAS:	YES	NO
1. Cabeza/Oídos/Ojos/Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Medicamentos a base de sulfá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sistema cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Suero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sistema digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Alimentos (¿Cuáles?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aparato genitourinario o hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Otra: _____		
6. Músculo esquelético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Metabólico y endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Neuropsiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Dermatológico o trastornos de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- ¿Tiene algún órgano deteriorado? (Favor de explicar) _____ Sí NO
- ¿Tiene alguna limitación física? (Favor de explicar) _____ Sí NO
- ¿Ha estado o está bajo algún tratamiento psiquiátrico? (Favor de explicar) _____ Sí NO
- ¿Ha estado o está bajo algún tratamiento médico? (Favor de explicar) _____ Sí NO
- ¿Está tomando algún medicamento? (Favor de explicar) _____ Sí NO

Firma de médico: _____ **Fecha:** _____

Nombre de médico: _____ Tel.: _____ Fax: _____
(Escribir en letra de molde)

Dirección: _____



Marine Military Academy

DEPARTAMENTO DE ADMISIONES

320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550

TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273

Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

FORMULARIO MÉDICO

Nombre del solicitante: _____

Apellido(s)

Nombre

Segundo Nombre

Este formulario debe ser llenado cada año por el padre o tutor del estudiante. Deberá ser recibido por el personal del departamento médico antes de que el estudiante participe en algún tipo de deporte, actividad, o juego, ya sea dentro o fuera de la temporada. Las preguntas están estructuradas para complementar el reporte de historial clínico. Si hay algún cambio en la salud del solicitante que haga peligrosa su participación, favor de mencionarlo. Todas las respuestas positivas que no hayan sido mencionadas en el reporte de historial médico van a requerir de un examen físico adicional.

SÍ NO

1. Durante los últimos 12 meses (desde su más reciente examen físico):
 - a. ¿Ha sido hospitalizado? SÍ NO
 - b. ¿Ha tenido alguna lesión que requiera visitar al médico? SÍ NO
 - c. ¿Ha tenido alguna enfermedad durante más de una semana?
En caso de que haya contestado positivo a alguna de las preguntas anteriores, favor de proporcionar la fecha y motivo.

2. ¿Toma el solicitante algún medicamento con regularidad? SÍ NO
En caso afirmativo, favor de mencionar los medicamentos y diagnóstico: _____
Cuota diaria por medicamento (no reembolsable): Los medicamentos son administrados tres veces al día durante el período de comida. Los cadetes que estén tomando medicamentos deberán presentarse con personal del departamento médico. No se les permite a los estudiantes tener bajo su cuidado medicamentos. \$150.00 por semestre
3. ¿Hay alguna razón por la que debamos de limitar la participación del menor en eventos deportivos?
En caso de que sí, favor de especificar el motivo: _____ SÍ NO
4. ¿Prohíbe que su cadete participe en deportes de contacto tales como fútbol americano o box? SÍ NO
5. ¿Alguna vez ha sufrido una conmoción cerebral, fractura o ha sido noqueado?
En caso de que sí, favor de especificar la fecha y motivo: _____ SÍ NO
6. ¿Alguna vez ha convulsionado?
En caso de que sí, favor de especificar la fecha y motivo: _____ SÍ NO
7. ¿Está o ha sido sometido alguna vez a tratamiento psiquiátrico?
En caso de que sí, favor de especificar el motivo: _____ SÍ NO
8. ¿Carece de algún órgano?
En caso de que sí, favor de explicar: _____ SÍ NO
9. ¿Usa de algún aparato dental? SÍ NO
10. ¿Ha recibido tratamiento por lesiones de cuello o espalda?
En caso de que sí, favor de especificar la fecha y motivo: _____ SÍ NO
11. ¿Es alérgico a algún medicamento?
En caso de que sí, favor de mencionar cuáles: _____ SÍ NO
12. ¿Está recibiendo tratamiento por algún otro motivo no mencionado en este formulario?
En caso de que sí, favor de explicar: _____ SÍ NO
13. ¿Ha sido vacunado este año? SÍ NO
 - a. Tétano, fecha: _____
 - b. Polio, fechas: _____
 - c. Vacuna triple vírica (SPR), fecha: _____
14. ¿Ha habido cambios en su seguro de salud? SÍ NO
En caso de que sí, por favor llene otro formulario de autorización y seguro.

TODO cambio en la salud de su cadete debe de ser mencionado a la oficina medica para asegurar que no ocurra una lesión más grave y que se de el tratamiento adecuado recetado por el médico. Certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera, completa y correcta.

Fecha: _____ Firma de padre/tutor/responsable: _____

Departamento médico: _____ Fecha: _____

09/18/2012



Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org
www.mma-tx.com.mx

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y SEGURO

Nombre del solicitante: _____
Apellido(s) Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social (SSN): _____ - _____ - _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ C.P.: _____

Tel. casa: () _____ Celular: () _____ Tel. trabajo: () _____

Padre/Responsable [Apellido (s), nombre(s)]: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección: _____ Tel. compañía: () _____

Número(s) de póliza: _____ Monto deducible: _____

Número de certificado: _____ Tipo de póliza: () Grupo () Individual

Madre/Responsable [Apellido (s), nombre(s)]: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección: _____ Tel. compañía: () _____

Número(s) de póliza: _____ Monto deducible: _____

Número de certificado: _____ Tipo de póliza: o Grupo o Individual

¿Está cubierto por una póliza de seguro el solicitante? o No o Sí ¿Cuál? _____

¿Está cubierto por alguna otra póliza de seguro médico? o No o Sí ¿Cuál? _____

Dirección: _____ Número de póliza: _____

Debe incluir una copia de la cara delantera y trasera de la(s) tarjeta(s).

Nota importante: Si no tienen un proveedor de seguros, debe seleccionar una farmacia de la lista adjunta y contactarlos para proporcionarles su número de tarjeta de crédito. Lo mismo sucede si su hijo es referido a otro médico. Si el departamento médico de MMA le notifica que su hijo necesita cierto servicio de algún proveedor, es su responsabilidad ponerse en contacto con ellos para llegar a un acuerdo financiero para el pago.

Esta autorización es para el solicitante antes mencionado:

Yo como () padre, () tutor, () responsable, doy mi consentimiento al tratamiento médico del menor. Autorizo que los médicos contratados por Marine Military Academy (MMA) u otros doctores elegidos por la academia le den tratamiento médico de rutina (así como también por enfermedades o lesiones). En el evento de una emergencia, el personal de MMA tratará de notificar a los padres o tutores primero. Si éstos no pueden ser localizados, los oficiales escolares, por medio de ésta quedan autorizados de tomar cualquier acción médica, como cirugía o tratamiento dental. En caso de que el solicitante se lesione en su estancia en MMA, por la presente autorizo que los hospitales, doctores, u otros proveedores médicos formulen una declaración detallada de los cargos a Marine Military Academy para que el seguro de accidentes estudiantiles se pueda procesar si llega a entrar en la cobertura. MMA, a quien le doy esta autoridad, es una institución educativa en la que el menor está inscrito como estudiante y no es responsable financieramente.

Mediante la presente certifico que la información médica incluida en este formulario está completa y es correcta; y una copia de esta autorización tendrá la misma validez que la original.

Firma del padre / tutor / responsable

Fecha (mm/dd/aa)



Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES

320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org
www.mma-tx.com.mx

PROVEEDORES MÉDICOS Y FARMACIAS

En caso de que un médico necesite examinar a su hijo, Marine Military Academy (MMA) proveerá el transporte de ida y vuelta a la oficina del doctor o dentista. Los medicamentos pueden ser enviados al departamento médico de MMA o pueden ser adquiridos de una farmacia local.

Con excepción a una emergencia, es su responsabilidad ponerse en contacto con el proveedor médico o farmacia con anticipación para llegar a un acuerdo financiero respecto al pago. MMA no actúa de intermediario para el pago. Los gastos médicos no pueden ser cargados a su cuenta con MMA. Si tiene previsto cargos constantes de medicamentos, por favor proporcione al principio del año escolar los datos de su tarjeta de crédito a la farmacia de su elección.

MMA sugiere las siguientes farmacias:

Harlingen Clinic Pharmacy (956) 364-2600

Walgreen's (956) 412-8362

CVS (956) 423-3373