



Daniel Comboni #850 ■
 Col. Jardines de Guadalupe ■
 Zapopan, Jalisco. México. C.P. 45030 ■
 Tels: 36202423 con 7 líneas ■
www.sekmexico.com ■
www.sek.net ■
sekguadalajara@sekmexico.com ■

COLEGIO SEK GUADALAJARA
FICHA MÉDICA INTERSEK DEPORTIVO 2017
MEDICAL REPORT

Datos del Alumno/ Student's Information

Nombre _____
Name
 Curso/Grado _____ Fecha nacimiento ____ / ____ / ____ Teléfono _____
Grade Date of birth Phone number

Datos del Padre/ Father's Information

Nombre/Name: _____
 Phone(s): _____

Datos de la Madre/ Mother's Information

Nombre/ Name: _____
 Phone(s): _____

En caso de emergencia avisar a: / In case of an emergency contact :

Datos de Seguro Médico/ Medical Insurance Data

Compañía/Company: _____
 Número de Seguro Médico/ Number of Medical Insurance: _____
 *Favor de anexas una copia del seguro/ Please add a copy of your Medical Insurance

Historia Médica/Medical History

- Presenta alergias?/ Do you have any allergies? Si-Yes / No-No
 Especificar/ If so, specify: _____
- Presenta alguna restricción alimenticia, o alergia alimenticia? / Do you have any food restriction or food allergies? Si-Yes / No-No
 Especificar/ If so, specify: _____
- Presenta o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades? / Do you have or have you had any of the following diseases or problems?
 1. Asma/ AsthmaSi-Yes / No-No
 2. Problemas respiratorios/ Breathing conditions..... Si-Yes / No-No
 3. Problemas digestivos/ Digestive problems.....Si-Yes / No-No
 4. Enfermedad renal/ Kidney trouble Si-Yes / No-No
 5. Convulsiones/ Seizures Si-Yes / No-No
 6. Problemas neurológicos/Neurological conditions Si-Yes / No-No
 7. Desorden en sangre (ej.Anemia)/Blood disorder (ej. anemia,) Si-Yes / No-No
 8. Problema cardiovascular/ Cardiovascular disease Si-Yes / No-No
 9. Diabetes Si-Yes / No-No
 10. Otros/Others: _____



Daniel Comboni #850 ■
 Col. Jardines de Guadalupe ■
 Zapopan, Jalisco. México. C.P. 45030 ■
 Tels: 36202423 con 7 líneas ■
www.sekmexico.com ■
www.sek.net ■
sekguadalajara@sekmexico.com ■

If you answer yes to any of the above, please specify:

• Ha tenido alguna cirugía? / Have you had any surgical interventions? Si-Yes / No-No
 Especificar/ If so, specify: _____

• Ha tenido alguna enfermedad grave, o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? /Have you had any serious illness, or been hospitalized in the past 5 years? Si-Yes / No-No
 Especificar/ If so, specify: _____

• Ha tenido alguna lesión deportiva? / Have you had any sport injuries? Si-Yes / No-No
 Especificar/ If so, specify: _____

• Toma algún medicamento, aunque no esté prescrito? Are you taking any medicine(s) including non-prescription medicine? Si-Yes / No-No
 Especificar medicamento y dosis/ If so, specify medicines and doses: _____

• Ha recibido vacunación reciente? / Have you had recent vaccination? Si-Yes / No-No
 Especificar / If so, specify: _____

• Necesita cuidados especiales de salud, por recomendación médica? / Do you have special health conditions and/or medical prescription? Si-Yes / No-No
 Especificar/ If so, specify: _____

• Observaciones generales/General Comments

Fecha, Nombre y Firma / Date, Name, and Signature

Nota: En caso de emergencia autorizo al Departamento Médico del Colegio a trasladar a mi hijo(a) a un centro hospitalario. Los datos consignados en esta ficha médica son enteramente responsabilidad de los padres y/o representantes del alumno, por lo que en caso de consignarlos, actualizarlos u omitirlos, el Departamento Médico del Colegio no se responsabiliza de las situaciones de riesgo o emergencia que se deriven por lo antes señalado.

Note: In case of emergency I authorize the Medical Department to transport my son/daughter to a medical center for his/her attention. I understand that the information that I provide in this form is entirely the legal tutor's responsibility. The medical department will not have any responsibility for any situation derived from any omission in this form. I acknowledge that my questions, if any, about the inquiries set forth above have been answered to my satisfaction.