



**COLEGIO BAUTISTA DE ONTARIO**  
*Integridad. Servicio. Compasión.*

# ONTARIO BAPTIST COLLEGE

A Ministry of

## MONTECITO BAPTIST CHURCH

2560 S. Archibald Avenue Ontario, CA 91761  
Phone No. (909) 923 8455 x 110  
Fax No. (909) 923 8544

### HISTORIAL MEDICO

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento. \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ No. Telefónico. \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Lbs. Sexo M ó F  
Nombre de su doctor \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTOS MEDICOS PREVIOS Y PRESENTES

Hospitalización—*(Incluya diagnostico y fecha)* \_\_\_\_\_  
Cirugía—*(Incluya fecha y nombre del Doctor)* \_\_\_\_\_  
Daños—*(Incluya cualquier complicación que haya tenido)* \_\_\_\_\_  
Alergias—*(Escriba cualquier alergia hacia medicina, comida, ó substancia)* \_\_\_\_\_  
Medicamentos—*(Cualquier medicamento que esté tomando, dosis y motivo)* \_\_\_\_\_  
Limitaciones—*(Cualquier limitación física)* \_\_\_\_\_  
Incapacidad—*(que afecte su capacidad de aprendizaje)* \_\_\_\_\_

### ENFERMEDADES

*(Marque enfermedades que ha padecido)*

|                                             |                                               |                                                |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Epilepsia            | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática      |
| <input type="checkbox"/> Artritis           | <input type="checkbox"/> Presión Alta         | <input type="checkbox"/> Presión Baja          |
| <input type="checkbox"/> Infección de Riñón | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis          |
| <input type="checkbox"/> Tiroides           | <input type="checkbox"/> Refriados Frecuentes | <input type="checkbox"/> Corazón               |
| <input type="checkbox"/> Hígado             | <input type="checkbox"/> Desmayo              | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza     |
| <input type="checkbox"/> Veneras            | <input type="checkbox"/> Anemia               | <input type="checkbox"/> Problemas de la Vista |
| <input type="checkbox"/> Otra _____         |                                               |                                                |

Su firma significa que esta información es verdadera y completa a lo mejor de su conocimiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nota: Por favor complete y entregue esta forma con su solicitud.