



HISTORIAL MÉDICO

A LLENAR POR EL MÉDICO

FECHA: _____

1. NOMBRE DEL PACIENTE: _____

2. ¿HACE CUANTO TIEMPO QUE CONOCE AL PACIENTE? _____

3. ¿EL PACIENTE TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS MÉDICOS?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> MALA AUDICIÓN | <input type="checkbox"/> SUPURACIÓN DEL OÍDO | <input type="checkbox"/> INFECCIONES DEL OÍDO |
| <input type="checkbox"/> CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> CÁNCER | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS |
| <input type="checkbox"/> DESVANECIMIENTOS | <input type="checkbox"/> HERNIAS | <input type="checkbox"/> SÍFILIS |
| <input type="checkbox"/> REUMATISMO | <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> ENFISEMA |
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> PARÁLISIS INFANTIL | <input type="checkbox"/> ESCLEROSIS MÚLTIPLE |
| <input type="checkbox"/> DIABETES/BAJO NIVEL DE AZÚCAR | <input type="checkbox"/> EXPECTORACIÓN CON SANGRE | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZÓN |
| <input type="checkbox"/> ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA | <input type="checkbox"/> DESORDENES NERVIOSOS | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PULMONAR | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL SUEÑO | <input type="checkbox"/> DOLOR DE PECHO |
| <input type="checkbox"/> ALERGIAS DE CUALQUIER TIPO | | |

4. ¿EL PACIENTE HA SUFRIDO ALGUNA CIRUGÍA U HOSPITALIZACIÓN?

- NO
- SÍ

Tel: 5673-1587, Tel/Fax 5673-6464

www.perrosguia.org.mx / perrosquiaparaciegos@prodigy.net.mx

Av. Canal Nacional No. 1075, Col. Villa Quietud, Deleg. Coyoacán, C.P. 04960, México, D.F.



SÍ CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE, FAVOR DE EXPLICAR:

5. ¿EL PACIENTE HA SUFRIDO HERIDAS GRAVES O ACCIDENTES?

6. ¿CUÁNDO LE REALIZÓ EL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO AL PACIENTE?

FECHA: _____

EXAMEN FÍSICO PRUEBA DE AUDICIÓN:

	OÍDO	DISTANCIA EN METROS
VOZ HABLADA AL OÍDO	DERECHO	_____
	IZQUIERDO	_____
SUSURRO AL OÍDO	DERECHO	_____
	IZQUIERDO	_____

1. DIRECCIÓN DEL SONIDO: _____

2. SENTIDO DE DIRECCIÓN: _____
(IMPORTANTE: COMPRUEBE LA HABILIDAD PARA DETERMINAR LA DIRECCIÓN DE DONDE PROVIENE EL SONIDO)

3. BALANCE DE COORDINACIÓN: _____

4. EVIDENCIA DE ENFERMEDAD DE PULMÓN: _____

5. EVIDENCIA DE ENFERMEDAD DE CORAZÓN: _____

6. PRESIÓN SANGUÍNEA: _____

7. ANÁLISIS DE ORINA: _____

Tel: 5673-1587, Tel/Fax 5673-6464

www.perrosguia.org.mx / perrosquiaparaciegos@prodigy.net.mx

Av. Canal Nacional No. 1075, Col. Villa Quietud, Deleg. Coyoacán, C.P. 04960, México, D.F.



8. REFLEJO DE RODILLA: _____

9. ¿CUÁL CONSIDERA USTED QUE ES LA CAUSA DE LA CEGUERA DEL SOLICITANTE?

10. FAVOR DE DETALLAR TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA EL SOLICITANTE:

<i>MEDICAMENTO</i>	<i>DOSIS</i>	<i>CONDICIÓN DE ENFERMEDAD</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

11. FAVOR DE INDICAR CUALQUIER OPERACIÓN RECIENTE O PREVISTA Y/O TRATAMIENTO RADICAL

NOTA: ES IMPERATIVO QUE TENGAMOS LA INFORMACIÓN SOBRE LAS EXIGENCIAS DE UNA DIETA ESPECIAL PARA EL SOLICITANTE.

12. ¿EL SOLICITANTE ES FUMADOR O NO FUMADOR? _____

13. ¿LE MOLESTA AL SOLICITANTE QUE OTROS FUMEN EN SU PRESENCIA?

NO

SÍ

Tel: 5673-1587, Tel/Fax 5673-6464

www.perrosguia.org.mx / perrosquiaparaciegos@prodigy.net.mx

Av. Canal Nacional No. 1075, Col. Villa Quietud, Deleg. Coyoacán, C.P. 04960, México, D.F.





14. ¿TIENE EL SOLICITANTE PROYECCIÓN DE LUZ? _____

OJO DERECHO _____

OJO IZQUIERDO _____

15. EN SU OPINIÓN, ¿PUEDE EL SOLICITANTE CAMINAR DE PRISA DURANTE UNA HORA DOS VECES AL DÍA? _____

16. ¿TIENE EL SOLICITANTE USO COMPLETO DE SU MANO Y BRAZO IZQUIERDO? _____

17. EN SU OPINIÓN, ¿CUÁL ES LA ESTABILIDAD EMOCIONAL DE ESTE SOLICITANTE? _____

FIRMA

FIRMA DEL MÉDICO

DATOS DEL MÉDICO:

(FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA)

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

COLONIA: _____ C.P.: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____

PAÍS: _____ TELÉFONO: _____

ESPECIALIDAD: _____ CÉD. PROF. _____

Tel: 5673-1587, Tel/Fax 5673-6464

www.perrosguia.org.mx / perrosquiaparaciegos@prodigy.net.mx

Av. Canal Nacional No. 1075, Col. Villa Quietud, Deleg. Coyoacán, C.P. 04960, México, D.F.





CONTESTACIONES EXPLÍCITAS A TODAS LAS PREGUNTAS; PUEDEN EVITAR FUTUROS MALOS RATOS AL SOLICITANTE, SI NO ESTUVIESE FÍSICAMENTE CAPACITADO PARA REALIZAR EL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE PERRO-GUÍA.

COMENTARIOS DEL MÉDICO: _____

SI ES DIABÉTICO, PROPORCIONE LOS DATOS MÉDICOS; CLASE DE INSULINA Y DOSIS: _____

- ADEMÁS INCLUYA UNA COPIA DE SU DIETA.

NOTA: TODOS LOS GASTOS MÉDICOS PERSONALES SON RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE.

Tel: 5673-1587, Tel/Fax 5673-6464

www.perrosguia.org.mx / perrosguiaparaciegos@prodigy.net.mx

Av. Canal Nacional No. 1075, Col. Villa Quietud, Deleg. Coyoacán, C.P. 04960, México, D.F.





ACUERDO DE ENTERADO

ESTOY CONCIENTE QUE LA ESCUELA PARA ENTRENAMIENTO DE PERROS-GUÍA PARA CIEGOS, I.A.P., NO TIENE RESPONSABILIDAD ALGUNA EN CASO DE ACCIDENTE DURANTE EL PERIODO DE MI ENTRENAMIENTO. AQUÍ LIBERO DE TODA RESPONSABILIDAD A LA ESCUELA PARA ENTRENAMIENTO DE PERROS GUÍA PARA CIEGOS, I.A.P., A SUS DIRECTIVOS Y A SUS EMPLEADOS.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____ FECHA: _____

Tel: 5673-1587, Tel/Fax 5673-6464

www.perrosguia.org.mx / perrosquiaparaciegos@prodigy.net.mx

Av. Canal Nacional No. 1075, Col. Villa Quietud, Deleg. Coyoacán, C.P. 04960, México, D.F.