



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE RIOVERDE**  
**SERVICIOS ESCOLARES**  
**SERVICIOS MÉDICOS**  
**CERTIFICADO MÉDICO**

**SOLICITUD DE LABORATORIO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**ANÁLISIS SOLICITADOS:**

GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE RIOVERDE**  
**SERVICIOS ESCOLARES**  
**SERVICIOS MÉDICOS**  
**CERTIFICADO MÉDICO**

FECHA: \_\_\_\_\_

CARRERA: \_\_\_\_\_

NO. DE CONTROL: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**SERVICIO MÉDICO CON EL QUE CUENTA**

IMSS                      ISSSTE                      SEGURO POPULAR                      PARTICULAR                      NINGUNO

**ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES (SUBRAYAR Y ESPECIFICAR)**

DIABETES MELLITUS      HIPERTENSIÓN      CARDIOPATÍAS      OBESIDAD      ENF. DE LA TIROIDES  
EMBOLIAS      ENF. DE LOS PULMONES      ENF. DEL RIÑÓN      CÁNCER      ARTRITIS  
ENF. DEL HIGADO      PROB. GENÉTICOS      ENF. MENTALES      GASTRITIS      ADICCIONES  
ENF. DE LA SANGRE

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS (SUBRAYAR Y ESPECIFICAR)**

SARAMPIÓN      VARICELA      PAROTIDITIS      IRAS      EPILEPSIA      IGEPI      GASTRITIS  
ASMA      ALERGIAS      ADICCIONES      ENF. DE LA SANGRE      NEUMONÍA      CARIES      IVUS  
INF. O ENF. DE LA PIEL      ENF. DEL RIÑÓN      INTOXICACIONES      TUMORES      PROB. DE VISIÓN  
PROB. CARDIACOS

**RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

ACTUALMENTE: ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD Y/O ALERGIA? ¿CUÁL? (MENCIONAR EL TRATAMIENTO)

¿ALGUNA VEZ LO HAN OPERADO? ¿DE QUE Y HACE CUANTO TIEMPO?



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE RIOVERDE**  
**SERVICIOS ESCOLARES**  
**SERVICIOS MÉDICOS**  
**CERTIFICADO MÉDICO**

¿HA CONSUMIDO DROGAS, ALCOHOL O TABACO ALGUNA VEZ, Y CON QUE FRECUENCIA?

¿CÓMO ES SU ALIMENTACIÓN? ¿EN QUE CONSISTE?

¿QUÉ TIPO DE EJERCICIO FÍSICO REALIZA Y CON QUE FRECUENCIA?

MUJERES: ¿ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EMBARAZADA? ¿CUÁL ES SU TIEMPO DE GESTACIÓN?

**EXAMEN FÍSICO**

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_  
TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_

EXPLORACIÓN VISUAL: OI \_\_\_\_\_ OD \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR Rh: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES GENERALES DEL MÉDICO**

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA**  
**(MÉDICO QUE REALIZÓ LA VALORACIÓN)**