



Informe médico Ärztliches Gutachten

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Name des Schülers / der Schülerin *Geburtstag*

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ Sexo: _____ Color de ojos: _____ Color de cabello: _____
Alter: Größe: Gewicht: Geschlecht: Augenfarbe: Haarfarbe

Presión sanguínea: Sys: _____ Día: _____ Pulso: _____ ¿Regular? _____
Blutdruck:Sys.: Dias.: Puls: Regelmäßig?

Grupo sanguíneo: _____ Hemoglobina: _____ Gr. Orina: _____ Alb.: _____ Azúcar: _____
Blutgruppe: Hämoglobin: Ery.Urin: Leukoz.: Zucker:

¿Reflejos normales? _____ Pupila: _____ Rodilla: _____ Otros: _____
Normale Reflexe? Pupille: Knie: Andere:

Visión / Sehfähigkeit: _____ Oído / Gehör: _____

Sin gafas _____ O.D. _____ O.I. _____ Sin corrección _____ O.D. _____ O.I. _____
Ohne Brille L.A. R.A. Ohne Hilfen R.O. L.O.

Con gafas _____ O.D. _____ O.I. _____ Con corrección _____ O.D. _____ O.I. _____
Mit Brille L.A. R.A. Mit Hilfen R.O. L.O.

¿Tiene o ha tenido alguna vez el estudiante las siguientes enfermedades o desarreglos?:

Hat der Schüler / die Schüler jemals folgende Krankheiten oder Beschwerden gehabt?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia*
<i>Allergie</i> | <input type="checkbox"/> Desarreglos menstruales
<i>Unregelm. Menstruation</i> | <input type="checkbox"/> Migraña
<i>Migräne</i> | <input type="checkbox"/> Diabetes (mellitus)
<i>Diabetes (mellitus)</i> |
| <input type="checkbox"/> Asma*
<i>Asthma</i> | <input type="checkbox"/> Malaria
<i>Malaria</i> | <input type="checkbox"/> Viruela
<i>Pocken</i> | <input type="checkbox"/> Desórdenes de crecimiento
<i>Wachstumsstörungen</i> |
| <input type="checkbox"/> Appendicitis
<i>Blinddarm</i> | <input type="checkbox"/> Desórdenes mentales
<i>Geistige Störungen</i> | <input type="checkbox"/> Parásitos
<i>Parasiten</i> | <input type="checkbox"/> Fiebres tifoideas
<i>Typhusfieber</i> |
| <input type="checkbox"/> Artritis
<i>Arthritis</i> | <input type="checkbox"/> Poliomielitis
<i>Poliomyelitis</i> | <input type="checkbox"/> Epilepsia
<i>Epilepsie</i> | <input type="checkbox"/> Cáncer
<i>Krebs</i> |
| <input type="checkbox"/> Úlcera
<i>Geschwür</i> | <input type="checkbox"/> Escarlatina
<i>Scharlach</i> | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<i>Rheumat. Fieber</i> | <input type="checkbox"/> Neumonía
<i>Lungenentzündung</i> |
| <input type="checkbox"/> Hernia
<i>BVorfall/Leistenbr.</i> | <input type="checkbox"/> Tos (persistente)
<i>Husten (anhaltend)</i> | <input type="checkbox"/> Vértigo, mareos
<i>Schwindel</i> | <input type="checkbox"/> Tuberculosis
<i>Tuberkulose</i> |
| <input type="checkbox"/> Sonambulismo
<i>Schlafwandeln</i> | <input type="checkbox"/> Convulsiones
<i>Krämpfe</i> | <input type="checkbox"/> Ortopedia
<i>Orthopädie</i> | <input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas
<i>Erbkrankheiten</i> |
| | | | <input type="checkbox"/> Venas varicosas
<i>Krampfadern</i> |

O algún tipo de anomalía en:

Anomalien bezüglich

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ojos o vista
<i>Augen / Sehfähigkeit</i> | <input type="checkbox"/> Sarampión
<i>Masern</i> | <input type="checkbox"/> Órganos abdominales
<i>Unterleibsorgane</i> | <input type="checkbox"/> Próstata o testículos
<i>Prostata o. Hoden</i> |
| <input type="checkbox"/> Oído
<i>Gehör</i> | <input type="checkbox"/> Pulmones y Aparato respiratorio
<i>Lunge und Atmungsorgane</i> | <input type="checkbox"/> Paperas
<i>Mumps</i> | <input type="checkbox"/> Útero, ovarios o pecho
<i>Uterus, Eierst., Brust</i> |
| <input type="checkbox"/> Vegetaciones/nariz
<i>Verwachsungen / Nase</i> | <input type="checkbox"/> Huesos, tendones o Aparato locomotor
<i>Knochen, Bänder o. Bew.app.</i> | <input type="checkbox"/> Varicela
<i>Windpocken</i> | <input type="checkbox"/> Sangre y Sistema endocrino
<i>Blut, Endokrinsystem</i> |
| <input type="checkbox"/> Garganta
<i>Hals</i> | <input type="checkbox"/> Cerebro y Sistema nervioso
<i>Gehirn und Nervensystem</i> | <input type="checkbox"/> Aparato urinario
<i>Harnapparat</i> | <input type="checkbox"/> Dificultades en el habla
<i>Sprachfehler</i> |
| <input type="checkbox"/> Estómago y Aparato digestivo
<i>Magen u. Verdauungsapp.</i> | <input type="checkbox"/> Bazo
<i>Milz</i> | <input type="checkbox"/> Rubéola
<i>Röteln</i> | <input type="checkbox"/> Goiter
<i>Schilddrüsenprobleme</i> |
| <input type="checkbox"/> Dientes*
<i>Zähne*</i> | <input type="checkbox"/> Corazón y válvulas
<i>Herz und Klappen</i> | <input type="checkbox"/> Piel
<i>Haut</i> | |

Por favor, conteste también a las siguientes preguntas acerca del estudiante:

Bitte beantworten Sie auch folgende Fragen in Bezug auf den Schüler / die Schülerin:

¿Se le ha realizado alguna operación no revelada anteriormente, o ha ido al hospital, clínica, dispensario o sanatorio para observaciones, exámenes o tratamientos no revelados en los puntos anteriores? _____
Ist er/sie bereits wegen eines vorstehend nicht genannten Problems operiert worden oder zur Überwachung, Untersuchung bzw. wegen vorher nicht genannter Behandlungen in eine Klinik, Krankenhaus oder Sanatorium gegangen?

¿Se le ha recomendado en alguna ocasión una operación que no se llegó a realizar? _____
Hat man ihm / ihr zu irgendeinem Zeitpunkt Operationen empfohlen, die bisher nicht durchgeführt worden sind?

En los últimos 6 meses ¿ha estado medicándose o ha hecho alguna dieta especial? _____
Hat er / sie in den letzten 6 Monaten irgendeine Medikation erhalten oder eine besondere Diät gemacht?

¿Toma algún medicamento en la actualidad? ¿Cuál? ¿Para qué sirve? ¿Con qué frecuencia? ¿Debe seguir tomándolo en España? _____
Nimmt er momentan Medikamente? Welche? Wogegen? Wie oft? Muss er diese auch in Spanien weiter nehmen?



Informe médico Ärztliches Gutachten

¿Está previsto que se someta a algún tipo de operación quirúrgica o a cualquier tipo de tratamiento médico?
Ist eine chirurgische Operation oder sonstige ärztliche Behandlung vorgesehen?

¿Ha sufrido algún accidente? _____
Hat er / sie jemals einen Unfall gehabt?

¿Ha consumido alguna vez narcóticos, barbitúricos u otro tipo de drogas adictivas, a excepción de las recetadas por doctores o practicantes? _____
Hat er / sie jemals Narkotika oder Barbiturate oder andere Abhängigkeit hervorrufende Medikamente eingenommen außer solcher, die von Ärzten oder sonstigen Therapeuten verordnet worden sind?

¿Tiene algún historial o evidencias de anomalías nerviosas, emocionales o mentales? ¿Tiene algún historial de neurosis, ataques de nervios, fatiga nerviosa, pesadillas, sonambulismo, tartamudeo, balbuceo o condiciones similares? _____
Gibt es eine Krankengeschichte hinsichtlich nervöser, emotionaler oder geistiger Anomalien? Wurden jemals Störungen wie Neurosen, Nervenankfälle, nervöse Erschöpfungszustände, Schlafwandel, Sprachstörungen oder ähnliche Phänomene festgestellt?

¿Ha estado en tratamiento por depresión? _____
War er / sie jemals wegen Depressionen in Behandlung?

¿Tiene algún tipo de restricción física, para hacer vida normal o para practicar deporte? _____
Gibt es irgendwelche körperlichen Einschränkungen, die den normalen Lebensalltag beeinträchtigen oder das Betreiben einer Sportart behindern?

¿Tiene el estudiante alguna señal física identificable? _____
Gibt es irgendwelche körperlichen sichtbaren Anzeichen?

Por favor, comente con exactitud los puntos señalados y las cuestiones contestadas afirmativamente. Detalle: duración, año y tratamiento. _____
Bitte beschreiben Sie die angegebenen Punkte und die mit Ja beantworteten Fragen genauer. Im Einzelnen: Dauer, welches Jahr, Behandlung.

Según su criterio, la salud del estudiante es:

Gesundheitszustand des Schülers / der Schülerin gemäß Ihrem Ermessen:

Excelente
Ausgezeichnet

Buena
Gut

Normal
Normal

Mala
Schlecht

Nombre del médico _____
Name des Arztes

Especialidad _____
Fachgebiet

Dirección _____
Adresse

C.P. _____
PLZ

Ciudad _____
Stadt

Fecha del chequeo del estudiante _____
Datum Untersuchung des Schülers / der Schülerin

*dia / mes / año
Tag/Monat/Jahr*

Firma y sello del médico _____
Unterschrift und Stempel des Arztes

***ANMERKUNG:** Falls die Schülerin / der Schüler unter einer Allergie, Astham oder andreen gesundheitlichen Problemen leidet, fügen Sie bitte einen vollständigen medizinischen Bericht bei. Sollte sie / er sich in Zahnbehandlung befinden uns sich einer Kontrolle unterziehen müssen, fügen Sie bitte eine detaillierten Bericht des Zahnarztes bei.