



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**

PO Box 1411
Juana Díaz, PR 00795

INFORME MEDICO

Nombre: _____

Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____
Mes Día Año

¿Estás tomando medicamentos recetados en estos momentos? Sí ____ No ____
Sí, favor indicar lo siguiente:

MEDICINAS

DOSIS Y HORARIO

¿Eres alérgico a algún medicamento o comida? Sí ____ No ____ Sí, indica el medicamento o agente y reacción:

MEDICAMENTO

COMIDA

REACCION

¿Has estado recluido en un hospital? Sí ____ No ____ Sí, indica fecha, hospital y razón:

DIA

HOSPITAL

RAZON

¿Has sido tratado por problemas mentales? Sí ____ No ____

¿Has estado hospitalizado por un desorden mental o tratamiento psiquiátrico? Sí ____ No ____

¿Cuál? _____

¿Has pensado seriamente en cometer suicidio? Sí ____ No ____

¿Qué tratas o trataste de hacer? _____

¿Has abusado de alcohol o drogas? _____

¿Has estado hospitalizado para rehabilitación de drogas y alcohol? Sí ____ No ____

¿Con qué frecuencia consumes alcohol? _____

¿Has usado: Marihuana ____ Crack ____ Cocaína ____ Heroína ____ Otros _____

Explica: _____



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**

PO Box 1411
Juana Díaz, PR 00795

¿Padeces o has padecido de alguna de las siguientes condiciones?		SI	NO
1	Dolor de Cabeza		
2	Severos golpes de cabeza		
3	Pérdida del sentido		
4	Mareos / Convulsiones		
5	Problemas de / en cuello		
6	Enfermedad del corazón		
7	Soplo del corazón		
8	Alta presión sanguínea		
9	Problemas de circulación		
10	Sangrado prolongado		
11	Anemia/ sangre enferma		
12	Frecuentes dolores		
13	Sudores en la noche		
14	Corto de respiración		
15	Asma / fatiga		
16	Tuberculosis		
17	Problemas con caderas / rodillas/ tobillos / pies		
18	Impedimento en oído		
19	Frecuentes úlceras / dolor de estómago		
20	Problemas intestinales		
21	Vómitos de sangre		
22	Anorexia nerviosa		
23	Bulimia		

¿Padeces o has padecido de alguna de las siguientes condiciones?		SI	NO
24	Hepatitis hígado		
25	Diabetes hipoglucemia		
26	Problemas de tiroides		
27	Intolerancia al frío / calor		
28	Problemas de endocrinas		
29	Problemas de riñones		
30	Dificultad / dolor al orinar		
31	Infecciones en la vejiga		
32	Problemas con brazos / hombros		
33	Impedimento en la visión		
34	Enfermedades transmisibles		
35	Dolor de pecho / presión		
36	Palpitación en la cabeza		
37	Sudor inexplicado		
38	Corto de respiración		
39	Desmayos frecuentes		
40	Acidez		
41	Calambre en los músculos		
Féminas Solamente			
42	Periodos irregulares		
43	Flujo vaginal		
44	¿Estas embarazada?		
45	¿Crees que estás embarazada?		

¿Tienes alguna incapacidad física que te impida participar en las actividades físicas? Sí ___ No ___

Si, Explica: _____

Como el doctor examinador, determino que: _____,
(Candidato) está físicamente capacitado para participar en actividades extenuantes.

Nombre del doctor (letra de molde)

Número de Licencia

Firma

Fecha

Dirección

Teléfono

Pueblo



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**

PO Box 1411
Juana Díaz, PR 00795

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Luego de examinar al Joven _____, Certifico que

_____ **Se encuentra,** _____ **No se encuentra** (Favor Explicar)

física y mentalmente capaz para participar de actividades de Entrenamiento Físico, Deportes y cualquier otro evento que conlleve actividad física.

Explicar: _____

Nombre del doctor (letra de molde)

Numero
Licencia

Firma

Fecha

Dirección

Teléfono

Pueblo



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**

PO Box 1411
Juana Díaz, PR 00795

CERTIFICADO MÉDICO

EXAMEN DE LA VISTA

Certifico que el (la) joven _____ de _____ años de edad ha sido evaluado (a) en mi consultorio.

___ No necesita espejuelos. No presenta ninguna condición visual.

___ Necesita espejuelos. Presenta la (s) siguiente (s) condición (es).

- _____
- _____
- _____

Nombre del doctor (letra de molde)

Número de Licencia

Firma

Fecha

Dirección

Teléfono

Pueblo