

## HISTORIAL MÉDICO A LLENAR POR EL MÉDICO

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

1. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

2. ¿Hace cuánto tiempo que conoce al paciente? \_\_\_\_\_

3. ¿El paciente tiene o ha tenido alguno de los siguientes padecimientos?

<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"/> COVID-19
<input type="checkbox"/> alergias de cualquier tipo	<input type="checkbox"/> dolor de pecho	

4. ¿El paciente ha sufrido alguna cirugía u hospitalización?

Sí       No

Sí contestó afirmativamente, explique: \_\_\_\_\_

5. ¿El paciente ha sufrido heridas graves o accidentes?

\_\_\_\_\_



6. ¿Fecha del último examen físico al paciente? \_\_\_\_\_

EXAMEN FÍSICO  
PRUEBA DE AUDICIÓN:

	OIDO	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: \_\_\_\_\_

8. Reflejo de rodilla: \_\_\_\_\_

9. ¿Cuál considera usted que es la causa de la ceguera del solicitante?  
\_\_\_\_\_

10. Detalle todos los medicamentos que toma el solicitante:

Medicamento	Dosis	Condición de enfermedad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

11. Indique 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?

Sí       No

14. ¿Tiene el solicitante proyección de luz?     Sí       No

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 del médico

### Datos del médico

(favor de escribir con letra de molde o computadora)

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ c.p.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ céd. Prof. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Av. Canal Nacional 1075, col. Villa Quietud, Coyoacán, CDMX • (55) 56731587 • (55) 56736464  
www.perrosguia.org.mx • perrosguiaparaciegos@perrosguia.org.mx



Si es persona con diabetes, 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.**

### Acuerdo de enterado

Estoy consciente 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: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del testigo: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_