

“2021. Año de la Consumación de la Independencia y la Grandeza de México”.



ESC.PRIM. REY POETA
TURNO: VESPERTINO
C.C.T. 15EPR4285U
CICLO ESCOLAR: 2021- 2022

HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO

Señor Padre de Familia: Lea cuidadosamente la siguiente información y conteste con veracidad.

- Nombre del alumno(a): _____
- Domicilio: _____
- Tel. Casa: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____
- Edad: Años: _____ Meses: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____
- En caso de emergencia avisar a: _____
Nombre: _____
Teléfono: _____
- Escriba los nombres de las enfermedades que su hijo(a) ha padecido durante los últimos 12 meses: _____

- Enfermedades que padece con mayor frecuencia: _____
- Menciona cuál alergia tiene: _____
- Nombre y número telefónico del médico familiar: _____

- Instituto de derecho habiente del alumno:
ISSEMYM _____ ISSSTE _____ IMSS _____ SEGURO POPULAR _____ OTRO _____
- Recomendaciones especiales: _____

- ¿Su hijo(a) padece alguna de las siguientes enfermedades?

MARQUE CON X LA RESPUESTA	SI	NO		SI	NO
Sobrepeso u Obesidad			Diabetes (azúcar en la sangre)		
Enfermedades del corazón.			Amigdalitis (anginas)		
Bronquitis.			Anemia		
Hemorragias			Hepatitis		
Epilepsia(ataques, convulsiones)			Neoplasias (Tumores)		
Fiebre Reumática			¿Otras enfermedades crónicas?		
Cáncer			Especifique:		

“2021. Año de la Consumación de la Independencia y la Grandeza de México”.

HA DETECTADO EN EL NIÑO (A) QUE:	SI	NO		SI	NO
¿Duerme bien durante la noche?			¿Le duelen las piernas por la noche?		
¿Le da fiebre con frecuencia?			¿Se desmaya con frecuencia?		
¿Le falta aire después de hacer ejercicio?			¿Es alérgico a algún medicamento y/o bebida? Especifique:		
¿Es alérgico a algún medicamento? Especifique:			¿Ha recibido alguna vez transfusión sanguínea?		
¿Presenta hemorragias (sangrados frecuentes)? Especifique:			¿Tiene impedimento para realizar actividades físicas y/o deportivas?		
¿Cuenta con algún antecedente médico que le prohíba a su hijo realizar actividad física? Especifique:			¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?		

ANTECEDENTES HEREDITARIOS DEL ALUMNO	SI	NO		SI	NO
¿Tiene algún familiar diabético? Parentesco:			¿Tiene algún familiar hipertenso? Parentesco:		
¿Tiene algún familiar enfermo del corazón? Parentesco:			¿Tiene algún familiar enfermo de cáncer? Parentesco:		

EL ALUMNO PADRECIO COVID-19 (SI) (NO)

Bajo protesta de decir verdad, MANIFIESTO que las respuestas del cuestionario corresponden a mi hijo(a): _____

Que cursará el _____ grado de: _____

En la escuela _____

Del municipio _____ Asimismo, al firmar este documento autorizo a la institución que pueda hacer uso de la información cuando sea necesario **y en el caso de que durante el presente ciclo escolar, mi hijo (a) presentará alguna sintomatología o enfermedad que limite su desempeño en alguna actividad a realizar en la escuela, me comprometo a informarle inmediatamente por escrito.**

Nombre y Firma del Padre o Tutor

Considerando que la Institución, promueve el desarrollo integral y pertinente a las capacidades físicas e intelectuales de los alumnos, así como de sus actitudes y valores se requiere determine si autoriza que su hijo realice las actividades escolares programadas.

Si autorizo

No autorizo.

Nombre y Firma

Nombre y Firma.

Lugar y Fecha.