



## HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO

**SEÑOR PADRE DE FAMILIA: LEA CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y CONTESTE CON VERACIDAD.**

NOMBRE DEL ALUMNO (A): \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
CALLE NUMERO COLONIA

TEL. DE CASA \_\_\_\_\_ CEL 55 \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_ POSITIVO o NEGATIVO PESO \_\_\_\_\_ kg. ESTATURA \_\_\_\_\_ cm.

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: NOMBRE \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

ESCRIBA EL NOMBRE DE LAS ENFERMEDADES QUE SU HIJO (A) HA PADECIDO DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES:

\_\_\_\_\_

ENFERMEDADES QUE PADECE CON MAYOR FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

MENCIONE SI PADECE DE ALGUNA ALERGIA: \_\_\_\_\_

PRESENTAS O PRESENTASTE SINTOMAS DEL COVID 19: \_\_\_\_\_

ALGUN FAMILIAR TIENE O PRESENTO COVID 19: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ TUVISTE CONTACTO DIRECTO CON EL O ELLA \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

INSTITUCION A LA QUE EL ALUMNO ES DERECHOHABIENTE: IMSS \_\_\_\_\_ ISSTE \_\_\_\_\_ ISSEMYM \_\_\_\_\_

SEGURO POPULAR \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

### RECOMENDACIONES ESPECIALES

¿SU HIJO (A) PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?					
MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA	SI	NO		SI	NO
SOBREPESO U OBESIDAD			DIABETES (AZÚCAR EN LA SANGRE)		
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN			AMIGDALITIS		
BRONQUITIS			ANEMIA		
HEMORRAGIAS			HEPATITIS		
EPILEPSIAS (ATAQUES, CONVULSIONES)			NEOPLASIAS (TUMORES)		
FIEBRE REUMÁTICA			¿OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS?		
CÁNCER			ESPECIFIQUE:		

	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 ALIMENTO 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?  ESPECIFIQUE:		
	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:		

BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD, MANIFIESTO QUE LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO CORRESPONDEN A MI HIJO (A): \_\_\_\_\_

QUE CURSARA EL \_\_\_\_\_ GRADO, EN LA ESC. SEC. OFIC. No. 0625 "NEZAHUALCÓYOTL", TURNO MATUTINO DEL MUNICIPIO DE TULTILÁN, ESTADO DE MEXICO. ASÍ MISMO, 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) PRESENTARA ALGUNA SINTOMATOLOGÍA O ENFERMEDAD QUE LIMITE SU DESEMPEÑO EN ALGUNA ACTIVIDAD A REALIZAR EN LA ESCUELA, ME COMPROMETO A INFORMAR 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 DEL PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR