



HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO

ESCUELA SECUNDARIA OFICIAL NO. 0098 "MAESTRO ANTONIO CASO" CCT.15EES0089K Turno: Matutino
Ciclo Escolar 2019-2020

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

| | | | | |
|-----|--|----------|---------------------|-----------------|
| 1. | NOMBRE: | | | |
| 2. | Domicilio: | | | |
| 3. | Tel. Casa: | Celular: | Correo electrónico: | Tipo sanguíneo: |
| 4. | Edad | Sexo: | Peso: | Talla: |
| 5. | En caso de emergencia avisar a: | | | |
| | Nombre: | | | |
| | Teléfono: | | | |
| 6. | Escriba los nombres de las enfermedades que su hijo(a) ha padecido durante los últimos 12 meses: | | | |
| 7. | Enfermedades que padece con mayor frecuencia: | | | |
| 8. | Mencione cuál alergia tiene: | | | |
| 9. | Nombre y número de teléfono del médico familiar: | | | |
| 10 | Institución de derecho habiente del alumno: ISSEMyM: _____ ISSSTE: _____ IMSS: _____ SEGURO POPULAR: OTRO _____ MARCAR CON X | | | |
| 11. | Recomendaciones especiales: | | | |

| 12. ¿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: | | |

”

| HA DETECTADO EN EL NIÑO (A) QUE: | SI | NO | | SI | NO |
|---|----|----|--|----|----|
| ¿Duerme bien durante la noche? | | | ¿Le duelen las piernas con frecuencia? | | |
| ¿Le da fiebre con frecuencia? | | | ¿Se desmaya con frecuencia? | | |
| ¿Le falta el aire después de hacer ejercicio? | | | ¿Es alérgico a algún alimento y/o bebida? Especifique: | | |
| ¿Es alérgico 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: ABUELAS Y TIOS | | | ¿Tiene algún familiar hipertenso? Parentesco: ABUELA | | |
| ¿Tiene algún familiar enfermo del corazón? Parentesco: | | | ¿Tiene algún familiar enfermo de cáncer? Parentesco: | | |

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

que cursará el _____ de SECUNDARIA en la escuela. **ESCUELA SECUNDARIA OFICIAL NO. 0098 "MAESTRO ANTONIO CASO"** del municipio **NAUCALPAN DE JUAREZ**.

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 2019-2020, mi hijo(a) presentara 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

SAN ANTONIO ZOMEYUCAN A DE AGOSTO DE 2019

Lugar y fecha