

HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO

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

- 1.- Nombre del Alumno: _____
- 2.- Domicilio: _____
- 3.- Tel. Casa: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____
- 4.- Edad: Años: _____ Meses: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____
- 5.- En caso de Emergencia avisar a: _____
Nombre: _____ Teléfonos: _____
- 6.- Escriba los nombres de la Enfermedades que su hijo(a) ha padecido durante los últimos 12 meses:

- 7.- Enfermedades que padece con mayor frecuencia: _____
- 8.- Menciona cual alergia tiene _____
- 9.-Nombre y número telefónico del Médico Familiar: _____
- 10.- Institución de Derecho-habienencia del Alumno:
ISSEMYM _____ ISSSTE: _____ IMSS: _____ SEGURO POPULAR: _____ OTRO: _____
- 11.- Recomendaciones Especiales: _____

12. ¿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 (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 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?		

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN BÁSICA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SECUNDARIA
DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN BÁSICA
SUBDIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN BÁSICA AMECAMECA
SUPERVISIÓN ESCOLAR S109 DE EDUCACIÓN SECUNDARIA
OFIC. NO. 0476 "PROFR. MANUEL HINOJOSA GILES"

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:		

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

Que cursará el _____ grado de Educación Secundaria General. En la escuela Secundaria Oficial No. 0476 "Profr. Manuel Hinojosa Giles" C.C.T. 15EES0702I Turno Vespertino Del municipio de Chalco. 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 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

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN BÁSICA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SECUNDARIA
DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN BÁSICA
SUBDIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN BÁSICA AMECAMECA
SUPERVISIÓN ESCOLAR S109 DE EDUCACIÓN SECUNDARIA
OFIC. NO. 0476 "PROFR. MANUEL HINOJOSA GILES"