



HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO

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

1. Nombre del alumno (a):

2. Domicilio:

3. Tel. Casa:

Celular:

Correo electrónico:

4. Edad: Años

Meses

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 derechohabencia del alumno:

11. ISSEMyM _____ ISSSTE _____ IMSS _____ SEGURO POPULAR _____ OTRO _____

12. 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:		

HA DETECTADO EN EL NIÑO (A)	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?			¿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:		

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

Que cursará el _____ del 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) presentara alguna sintomatología o enfermedad que limite su desempeño en alguna actividad a realiza 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