



Historia médica del alumno

Señores padres de familia, lean cuidadosamente la siguiente información y contesten con veracidad.

1.-Nombre del alumno (a):

2. Domicilio:

3.- Tel. casa: Celular: Email:

4.- Edad: Años: Meses: Sexo: Peso: Talla:

5.-Tipo sanguíneo:

6.- En caso de emergencia avisar a:

Nombre :

Teléfono:

7.- Escriba los nombres de las enfermedades que su hijo (a) ha padecido durante los últimos 12 meses:

8.- Enfermedades que padece con mayor frecuencia:

9.- Mencione cual alergia tiene:

10.- Nombre y número del teléfono del medio familiar :

11.- Institución derechohabiente del alumno (a):

☐ ISSEMYM ☐ ISSSTE ☐ IMSS ☐ SEGURO POPULAR

OTRO:

Marque con una X la respuesta

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

	SI	NO		SI	NO
Sobrepeso u obesidad	☐	☐	Diabetes	☐	☐
Enfermedades del corazón	☐	☐	Amigdalitis (anginas)	☐	☐
Bronquitis	☐	☐	Anemia	☐	☐
Hemorragias	☐	☐	Hepatitis	☐	☐
Epilepsia (ataques o convulsiones)	☐	☐	Neoplasias	☐	☐
Fiebre reumática	☐	☐	¿Otras enfermedades crónicas?	☐	☐
Especifique:	☐	☐	Cancer	☐	☐



Ha detectado en el niño que:

SI NO

¿Duerme bien durante la noche?

☐ ☐

¿Le da fiebre con frecuencia?

☐ ☐

¿Le falta aire después de hacer ejercicio?

☐ ☐

¿Es alérgico a algún medicamento? Especifique:

☐ ☐

¿Cuenta con algún antecedente médico que le

☐ ☐

Prohíba a su hijo(a) realizar actividad física? Especifique:

☐ ☐

Antecedentes hereditarios del alumno:

SI NO

¿Tiene algún familiar diabético?

☐ ☐

¿Tiene alguna familiar enfermo del corazón?

☐ ☐

Parentesco: _____

"¿Tiene algún familiar hipertenso?

☐ ☐

Parentesco: " _____

"¿Tiene algún familiar enfermo de cáncer?

☐ ☐

Parentesco: " _____



CENTRO ESCOLAR DEL LAGO

Cuautitlán Izcalli, Estado de México a _____ del mes de _____ del año _____
Bajo protesta de decir la verdad, MANIFIESTO que las respuestas del cuestionario corresponden a
mi hijo (a): _____

Que cursará el _____ grado de _____ en la escuela _____

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 (a) realice las actividades escolares programadas.

Sí autorizo

Nombre y firma del padre o tutor

No autorizo

Nombre y firma del padre