

## HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO CICLO ESCOLAR 2022-2023

Con el propósito de prever y brindar atención oportuna y eficaz a su hijo(a) durante el ciclo escolar, se solicita contestar con veracidad la siguiente información:

1. Nombre del alumno (Apellido Paterno, Materno y Nombres):

---

2. Domicilio: Referencia:

---

3. Tel. Casa: Celular: Correo electrónico:

---

4. Edad: Años: Meses: Sexo: H M Peso: Talla o altura: Tipo de sangre:

---

5. En caso de emergencia avisar a:

Nombre, Parentesco, Lugar de Trabajo y Teléfono

---

---

Nombre, Parentesco, Lugar de Trabajo y 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 y mencionar sus recomendaciones:

---

---

8. Institución que brinda el servicio médico a su hijo (a) como derechohabiente:

ISSEMyM\_\_\_ ISSSTE\_\_\_ IMSS\_\_\_ OTRO\_\_\_\_\_

9. En caso de no ser derechohabiente, proporcionar nombre y número de teléfono del médico particular:

---

10. Mencione si la Madre del menor presentó complicaciones durante el embarazo y/o al momento el nacimiento del menor:

---

---

11. ¿ 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)		
Enfermedad del corazón			Desnutrición		
Bronquitis			Amigdalitis (anginas)		
Hemorragias			Anemia		
Epilepsia (ataques, convulsiones)			Hepatitis		
Fiebre Reumática			Neoplasias (Tumores)		
Cáncer			¿Otras enfermedades crónicas?		
			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 mayor a 40°?			¿Se desmaya con frecuencia?		
¿Le falta aire después de hacer ejercicio?			¿Ha recibido alguna vez transfusión sanguínea?		
¿Presenta algún tipo de alergia? Especifique cual:  Medicamento(s) _____  Alimentos: _____  Animales: _____			¿Cuenta con algún antecedente médico que impida a su hijo (a) realizar actividad física o deportiva? Especifique cual: _____ _____ _____		
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? En caso afirmativo mencione si existe alguna secuela y cuál  _____ _____					

MARQUE CON "X" SI REQUIERE EL USO DE LOS SIGUIENTES AUXILIARES	SI	NO		SI	NO
AUDITIVO			ANTEOJOS O LUPA		
TRATAMIENTO ORTOPÉDICO (PLANTILLAS, CUÑAS, ZAPATOS Y/O MANGUERAS ORTOPÉDICAS) ESPECIFIQUE CUAL _____ _____			APARATO ORTOPÉDICO PARA SU DESPLAZAMIENTO (ANDADERA, MULETA, BASTÓN Y/O SILLA DE RUEDAS) ESPECIFIQUE CUAL _____ _____		

“2022. Año del Quincentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México”.

Bajo protesta de decir verdad, MANIFIESTO que las respuestas del cuestionario corresponden a mi hijo(a) o tutorado (a): \_\_\_\_\_  
que cursará el \_\_\_\_\_ grado, del nivel educativo preescolar, en la escuela COLEGIO CHIMALLI, del municipio de Chimalhuacán.

Al firmar este documento autorizó a la institución educativa, que en caso necesario utilice la presente información con fines pedagógicos y de salud.

Nombre y Firma del Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lugar y fecha