



CICLO ESCOLAR 2017-2018

FICHA MÉDICA

Favor de llenar una ficha por cada hij@.

Estimados padres de familia o tutores:

La presente ficha médica se realiza con el fin de tener antecedentes clínicos de importancia de su hij@; es necesario contestar todos los espacios y en caso de tener alguna duda, comentarlo con la enfermera que con gusto le asesorará. Agradecemos su valiosa colaboración. Esta información es confidencial y sólo podrá ser utilizada, de ser necesario, por el personal directivo, administrativo y el departamento de enfermería de nuestra institución.

IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

Nombre del alumno: _____ Grado: _____

Sexo (M) (F) Edad: _____ Grupo Sanguíneo y RH: _____

Servicio Médico: ISSSTE _____ IMSS _____ Otro: _____

Datos IMSS (cuando se tiene) No. Afiliación: _____ Clínica de Adscripción _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Peso: _____ Estatura: _____

Esquema de vacunación completo (SI) (NO) Cartilla de Vacunas Actualizada (SI) (NO)

Vacunas pendientes _____

Usa lentes con graduación _____

El alumno presenta alguno de éstos padecimientos:

| | | | |
|---------------------------|---------------|------------------------|---------------|
| Sinusitis | (SI) (NO) | Reflujo gástrico | (SI) (NO) |
| Asma bronquial | (SI) (NO) | Gastritis - Colitis | (SI) (NO) |
| Dolor de cabeza frecuente | (SI) (NO) | Enfermedades cardiacas | (SI) (NO) |
| Bronquitis | (SI) (NO) | | |

Es alérgico a algún medicamento, alimento o sustancia: (SI) (NO)

Especifique a cuál: _____



**CICLO ESCOLAR 2017-2018
FICHA MÉDICA**

El alumno lleva alguno de los siguientes tratamientos:

Médico (SI) (NO) Especifique cuál: _____

Psicológico (SI) (NO) Especifique cuál: _____

Neurológico (SI) (NO) Especifique cuál: _____

Ortopédico (SI) (NO) Especifique cuál: _____

Otro: _____

El alumno puede realizar actividad física (SI) (NO)

Causa: _____

En caso de emergencia comunicarnos con:

Nombre: _____

Tel. casa: _____

Tel. celular: _____

Correo electrónico: _____

Otro familiar (Nombre y teléfono): _____

Todos los datos registrados en esta ficha médica son actualizados y correctos por lo que se exime a la institución educativa de cualquier responsabilidad derivada de padecimientos o complicaciones en tratamiento no especificados en ella.

Nombre completo del padre o tutor: _____

Firma