



## HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO

Señor Padre de Familia: Lea cuidadosamente la siguiente información la cual se le solicita **TRANSCRIBIR A PUÑO Y LETRA** y contestar 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 Mi hijo (a) ha padecido (escriba los nombres de las enfermedades que su hijo (a) ha padecido) durante los últimos 12 meses:  
\_\_\_\_\_

7 Mi hijo (a) padece con frecuencia (escriba las enfermedades que padece con mayor frecuencia):

8 Mi hijo (a) es alérgico a: (escriba las alergias que padece):

9 Escriba el Nombre y número de teléfono del médico familiar (en caso de tener):

10 Escriba a que institución es derechohabiente el alumno:

ISSEMyM \_\_\_\_\_ ISSSTE \_\_\_\_\_ IMSS \_\_\_\_\_ SEGURO POPULAR \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

Su número de afiliación \_\_\_\_\_

11 Recomendaciones especiales (solo escriba las enfermedades que padece o que padezca con frecuencia y la atención especializada, adjuntando historial médico):  
\_\_\_\_\_

¿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:		

	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:		

**Escriba:**

Bajo protesta de decir verdad, **MANIFIESTO** que lo anterior corresponde a mi hijo (a) **(ESCRIBA EL NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO)**.

Que cursara el **(GRADO CON NUMERO)** y grupo “\_\_\_\_” en el Jardín de Niños Cuauhtémoc II ubicado en el municipio de Chalco. 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 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

Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_