

Historia médica del alumno

Señores padres de familia: Lean cuidadosamente la siguiente información y contesten con veracidad.

1. Nombre completo del Alumno (a): _____
2. Teléfonos de casa: _____ celular padres: _____
email: _____
3. Edad en Años: _____ Meses: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____
4. Grupo sanguíneo: _____
5. En caso de emergencia avisar a: _____ Teléfono: _____
6. Escriba los nombres de las enfermedades que su hijo (a) ha padecido durante los últimos 12 meses o que padece con mayor frecuencia: _____

7. Nombre y teléfono del médico familiar: _____
8. Institución de derechohabiente del alumno: _____
9. Recomendaciones especiales: _____

Marque con una X la respuesta

¿Su hijo (a) padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

	Sí		No			Sí		No	
Sobrepeso u obesidad					Diabetes (azúcar en la sangre)				
Enfermedades del corazón					Amigdalitis (anginas)				
Bronquitis					Anemia				
Hemorragias					Hepatitis				
Epilepsia (ataques, convulsiones)					Neoplasias				
Fiebre Reumática					¿Otras enfermedades crónicas?				
Cáncer					Especifique:				

Ha detectado en el niño (a) que.

	Sí		No			Sí		No	
¿Duerme bien durante la noche?					¿Le duelen las piernas por la noche?				
¿Le da fiebre con frecuencia?					¿Se desmaya con frecuencia?				
¿Le falta el aire después de hacer ejercicio?					¿Es alérgico a algún medicamento, comida y/o bebida? Especifique:				
¿Presenta hemorragias (sangrados) frecuentes? Especifique:					¿Ha recibido alguna vez transfusión sanguínea?				
¿Cuenta con algún antecedente médico que prohíba a su hijo realizar actividad física? Especifique:					¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Especifique:				

Antecedentes hereditarios (padres y abuelos)

	Sí		No			Sí		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:				

Cuautitlán Izcalli, Estado de México a _____ del mes _____ 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 CENTRO ESCOLAR DEL LAGO del municipio de Cuautitlán Izcalli.

Así mismo, al firmar éste documento autorizo a la Institución que pueda hacer uso de la información cuando sea necesario y en 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 y actualizarlo inmediatamente en la plataforma de LÍNEA CEL.

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 de su autorización para que su hijo (a) realice las actividades escolares programadas.

Si autorizo

No autorizo

Nombre y firma

Nombre y firma