



"2026. AÑO DEL HUMANISMO MEXICANO EN EL ESTADO DE MÉXICO".

HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO

Señor padre o madre de familia, lea cuidadosamente la siguiente información y contesta con veracidad.

- Nombre del alumno (a): \_\_\_\_\_
- Domicilio: \_\_\_\_\_
- Tel. casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico (obligatorio) \_\_\_\_\_
- Edad: Año \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_
- En caso de emergencia avisar a (parentesco) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Escribe los nombres de las enfermedades que su hijo (a) ha padecido durante los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_
- Enfermedades que padece con mayor frecuencia: \_\_\_\_\_
- Mencione si es alérgico a: Medicamento: \_\_\_\_\_ Alimento: \_\_\_\_\_ Medio ambiente: \_\_\_\_\_
- Nombre y número telefónico del médico familiar: \_\_\_\_\_
- Institución de derechohabiente del alumno: ISSEMYM \_\_\_\_\_ ISSTE \_\_\_\_\_ IMSS \_\_\_\_\_ SEGURO POPULAR \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_
- Recomendaciones especiales: \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo padece alguna de las siguientes enfermedades?

| MARQUE CON LA X LA RESPUESTA      | SI | NO |                                | SI | NO |
|-----------------------------------|----|----|--------------------------------|----|----|
| Sobre Peso 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:                   |    |    |

| 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?                                                                                             |    |    | ¿Se desmaya con frecuencia?                                                               |    |    |
| ¿Le falta aire después de hacer ejercicio?                                                                                |    |    | ¿Es alérgico a algún alimento y/ o bebida? Especifique                                    |    |    |
| ¿Presenta hemorragias? (sangrados frecuentes)                                                                             |    |    | ¿Ha recibido alguna vez transfusión sanguínea?                                            |    |    |
| ¿Es alérgico a algún medicamento? Especifique:                                                                            |    |    | ¿Ha sufrido su hijo algún traumatismo (fractura, esguince, quemadura, etc.)? Especifique: |    |    |
| ¿Cuenta con algún antecedente médico que prohíba a su hijo realizar Actividades físicas o de cualquier tipo? Especifique: |    |    | ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Especifique:                                        |    |    |

| 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 un familiar epiléptico? Parentesco:    |    |    |

Bajo protesta de decir VERDAD, MANIFIESTO que las respuestas del cuestionario ESTAN BAJO MI RESPONSABILIDAD, ACEPTANDO A LO QUE CONLLEVE EL DOCUMENTO. Corresponde a mi hijo (a): \_\_\_\_\_, en la escuela Colegio Villa Victoria del municipio de Nezahualcóyotl, 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) presentará 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, Madre 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 actividades y valores, se requiere determine si autoriza que su hijo realice las actividades escolares programadas.

Si autorizo

No autorizo

Nombre y Firma

Nombre y firma

Lugar y fecha

Documento basado en la NOM-169 SSA1-1998 Y Gaceta de Gobierno del Estado de México de fecha 16 de mayo de 2005

