

### HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO

Señor padre de familia: lea cuidadosamente la siguiente información y contesta con veracidad.

1. Nombre del alumno (a): \_\_\_\_\_
2. Domicilio: \_\_\_\_\_
3. Tel. casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico (obligatorio) \_\_\_\_\_
4. Edad: Año \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_
5. En caso de emergencia avisar a (parentesco) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
6. Escribe los nombres de las enfermedades que su hijo (a) ha padecido durante los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_
7. Enfermedades que padece con mayor frecuencia: \_\_\_\_\_
8. Mencione si es alérgico a: Medicamento: \_\_\_\_\_ Alimento: \_\_\_\_\_ Medio ambiente: \_\_\_\_\_
9. Nombre y número telefónico del médico familiar: \_\_\_\_\_
10. Institución de derechohabiente del alumno: ISSEMYM \_\_\_ ISSTE \_\_\_ IMSS \_\_\_ SEGURO POPULAR \_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_
11. Recomendaciones especiales: \_\_\_\_\_
12. ¿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): \_\_\_\_\_ que cursará el \_\_\_\_\_ grado de nivel \_\_\_\_\_, 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