

## HISTORIAL MÉDICO DEL ALUMNO.

ESCUELA SECUNDARIA OFICIAL NO. 0421 "DR. ALFONSO GARCÍA ROBLES"  
CCT 15EES0694Q CICLO ESCOLAR 2023-2024

POR ESTE CONDUCTO YO \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_, PADRE \_\_\_\_, O TUTOR \_\_\_\_  
QUIEN SOLICITÓ LA INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN, DE MI HIJA (O)  
\_\_\_\_\_ DANDO LA INFORMACIÓN Y LA DOCUMENTACIÓN  
SOLICITADA, MANIFIESTO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS EN LA PRESENTE ENCUESTA DE DOS HOJAS  
SON LEGÍTIMOS, POR ELLO MANIFIESTO QUE LAS RESPUESTAS ASENTADAS CON MI CONSENTIMIENTO EN  
EL PRESENTE CUESTIONARIO CORRESPONDEN A MI HIJA(O) QUE CURSA EL \_\_\_\_\_ GRADO EN LA ESC.  
SEC. OFIC. NO. 0421 "DR. ALFONSO GARCÍA ROBLES" CON CCT 15EES0694Q, ASÍ MISMO AL FIRMAR ESTE  
DOCUMENTO AUTORIZO AL ENCARGADO DE LA INSTITUCIÓN QUE PUEDA HACER USO DE LA INFORMACIÓN  
CUANDO SEA NECESARIO.

EN EL CASO QUE DURANTE EL PRESENTE CICLO ESCOLAR 2023-2024 MI HIJA(O) PRESENTARA ALGUNA  
SINTOMATOLOGÍA O ENFERMEDAD ME COMPROMETO A DAR AVISO INMEDIATO POR ESCRITO A LA  
AUTORIDAD INSTITUCIONAL, DE OMITIR CUALQUIER SITUACIÓN QUE PONGA EN RIESGO LA SALUD FÍSICA Y  
PSICOLÓGICA QUE PRESENTE MI HIJA(O) DESLINDO DE TODA RESPONSABILIDAD A LAS AUTORIDADES  
ESCOLARES.

DATOS DEL ALUMNO(A)					
NOMBRE:			CURP:		
FECHA DE NACIMIENTO:			SEXO:		
DOMICILIO:					
TELÉFONO:		TELÉFONO DE EMERGENCIAS:			
<b>INSTRUCCIONES: Lee y llena o marca con una X la opción.</b>					
LA SALUD ACTUAL ES:	MUY DEFICIENTE ____	DEFICIENTE ____	REGULAR ____	BUENA ____	EXCELENTE ____
TIPO DE SANGRE:	PESO:	TALLA:	ALERGICO A:		
¿SU HIJO (A) PADECE ALGUN PROBLEMA DE SALUD, DISCAPACIDAD, TRASTORNO, APTITUDES SOBRESALIENTES Y OTRAS CONDICIONES?					
MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA SI PRESENTA ALGUNA SITUACIÓN DE LAS SIGUIENTES	SI	NO	MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA SI PRESENTA ALGUNA SITUACIÓN DE LAS SIGUIENTES	SI	NO
SOBRE PESO U OBESIDAD			MAREOS		
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN			CEGUERA		
BRONQUITIS			BAJA VISIÓN		
HEMORRAGIAS			SORDERA		
EPILEPSIA (ATAQUES, CONVULSIONES)			HIPOACUSIA(Disminución de la capacidad auditiva)		
FIEBRE REUMÁTICA			DISCAPACIDAD MOTRIZ		
CÁNCER			DISCAPACIDAD INTELECTUAL		
DOLOR DE CABEZA			DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL		
DOLORES DE ESTOMAGO CONSTANTES			TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA		
DIABETES (AZÚCAR EN LA SANGRE)			DISCAPACIDAD MULTIPLE		
AMIGDALITIS (ANGINAS)			TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD		
ANEMIA			APTITUDES SOBRESALIENTES		
HEPATITIS					

NEOPLASIAS (TUMORES)							
OTRAS CONDICIONES ¿CUÁL?							
¿CON QUE FRECUENCIA TE ENFERMAS?		FRECUENTEMENTE _____		ALGUNAS VECES _____		CASI NUNCA _____	
TU CONSTITUCIÓN CORPORAL ES:		GRUESA _____		MEDIANA _____		DELGADA _____	
COMO CONSIDERAS TU ALIMENTACIÓN:		DEFICIENTE _____		REGULAR _____		BUENA _____	
CON QUE FRECUENCIA DESAYUNAS:		DIARIO _____		OCASIONAL _____		NUNCA _____	
TE GUSTA TU APARIENCIA FISICA:		SI _____ NO _____		¿POR QUÉ?			
¿QUÉ TE GUSTARIA MEJORAR DE TU IMAGEN?:							
TU ASEO PERSONAL LO REALIZAS:		DIARIO _____		CADA TERCER DÍA _____		OCASIONALMENTE _____	
SIGUES ALGÚN PROGRAMA PARA DISMINUIR O AUMENTAR TU PESO CORPORAL:						SI _____	NO _____
¿DE QUÉ TIPO?							
¿CUANTAS HORAS DUERMES EN LA NOCHE NORMALMENTE?							
¿DUERMES POR LAS TARDES?		SI _____ NO _____		¿CUÁNTO TIEMPO? _____			
¿PADECES DE PROBLEMAS PARA DORMIR?		SI _____ NO _____		¿CUÁLES? _____			
INSTITUCIÓN QUE BRINDA EL SERVICIO MEDICO A SU HIJO(A) COMO DERECHOHABIENTE:							
ISSEMYM _____ ISSSTE _____ IMSS _____ OTRO _____							
AL PADRE DE FAMILIA, YA SE LE COLOCO LA VACUNA CONTRA COVID-19.				SI _____		NO _____	
A LA MADRE DE FAMILIA, YA SE LE COLOCO LA VACUNA CONTRA COVID-19.				SI _____		NO _____	
AL ALUMNO(A) YA SE LE COLOCO LA VACUNA COVID-19.				SI _____		NO _____	
OBLIGATORIO TELEFONO DE CONTACTO POR EMERGENCIA:				NOMBRE DEL CONTACTO:			
OBLIGATORIO TELEFONO DE CONTACTO POR EMERGENCIA:				NOMBRE DEL CONTACTO:			

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la madre, padre o tutor.

## **HISTORIAL MÉDICO DEL ALUMNO.**

ESCUELA SECUNDARIA OFICIAL NO. 0421 "DR. ALFONSO GARCÍA ROBLES"  
CCT 15EES0694Q CICLO ESCOLAR 2023-2024

SI DURANTE LA ESTANCIA EN LA ESCUELA MI HIJA(O) SE CONTAGIARA DE PEDICULOSIS (LOS SÍNTOMAS INCLUYEN COMEZÓN, PIOJOS VISIBLES EN EL CUERO CABELLUDO Y HUEVOS DE PIOJOS (LIENDRES) EN EL TALLO PILOSO.) DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE LE SEPRE DE SUS COMPAÑEROS A FIN DE EVITAR LA PROPAGACIÓN, COMPROMETIÉNDOME A LLEVAR A MI HIJA(O) AL MÉDICO Y REINCORPORAR AL MISMO A LA ESCUELA LLEVANDO LA RECETA DEL MÉDICO QUE INDIQUE QUE SE ELIMINÓ LA PEDICULOSIS.

CONSIDERANDO QUE LA INSTITUCIÓN PROMUEVE EL DESARROLLO INTEGRAL DEL ALUMNADO SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN SI  NO  PARA QUE SU HIJA(O) LLEVE A CABO ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ORIENTACIÓN MEDIANTE PLATICAS, TALLERES, CONFERENCIA, FOROS U OTRAS, POR PERSONAL DE ALGUNA INSTITUCIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL O PRIVADA (DIF, PRECEPTORÍA JUVENIL, SEGURIDAD PÚBLICA, DERECHOS HUMANOS, CRUZ ROJA, ETC.) A FIN DE FAVORECER SU FORMACIÓN ACADÉMICA Y SU PERSONA COMO PARTE DE UNA SOCIEDAD QUE FORTALEZCA LA CONVIVENCIA SANA, PACÍFICA Y LIBRE DE VIOLENCIA.

ESTOY CONSCIENTE QUE QUEDA PROHIBIDO QUE MI HIJA(O) LLEVE MEDICAMENTO A LA ESCUELA Y SI ESTA(E) PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD SOY YO COMO TUTOR DEL MENOR EL RESPONSABLE DE INFORMAR A LA AUTORIDAD ESCOLAR PARA SUMINISTRAR DICHO MEDICAMENTO EN HORARIO ESCOLAR, DE NO CUMPLIR CON ESTE PUNTO DESLINDO DE TODA RESPONSABILIDAD AL PERSONAL QUE LABORA EN LA ESCUELA.

SI POR NEGLIGENCIA DE MI HIJA(O) CAUSA ALGÚN ACCIDENTE QUE LESIONE FÍSICAMENTE O PSICOLÓGICAMENTE A UN COMPAÑERO O PERSONAL DE LA ESCUELA, YO ASUMO LA RESPONSABILIDAD Y PAGARE LOS DAÑOS GENERADOS.

ESTOY CONSCIENTE QUE SI MI HIJA(O) AL PRESENTARSE A LA ESCUELA PRESENTA MALTRATO FÍSICO O PSICOLÓGICO LA AUTORIDAD DE LA ESCUELA ESTÁ OBLIGADA A INFORMAR DE INMEDIATO A LA DEPENDENCIA GUBERNAMENTAL CORRESPONDIENTE.

---

Nombre y firma de la madre, padre o tutor.