

HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO CICLO ESCOLAR 2025-2026

Con el propósito de prever y brindar atención oportuna y eficaz a su hijo(a) durante el ciclo escolar, se solicita contestar con veracidad la siguiente información:

Señor Padre de Familia: Lea cuidadosamente la siguiente información y conteste sin errores.

1. Nombre del alumno (Apellido paterno, Materno, Nombre(s)):

2. Domicilio:

Referencia:

Entre calle y calle:

3. Teléfono de casa:

Celular:

Correo electrónico:

4. Edad: _____ Años: _____ Meses. Sexo: _____ Peso: _____ Estatura: _____

5. En caso de emergencia avisar a:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Lugar de trabajo: _____ Teléfono: _____

6. Escriba los nombres de las enfermedades que su hijo (a) ha padecido durante los últimos 12 meses:

7. Enfermedades que padece con mayor frecuencia, Mencionar sus recomendaciones:

8. Mencione cuál(es) alergia(s) tiene:



9. Institución que brinda el servicio médico a su hijo(a) como derechohabiente:

ISSEMyM _____ ISSSTE _____ IMSS _____ OTRO _____ ¿Cuál? _____

10. En caso de no ser derechohabiente, proporcionar nombre y número de teléfono del médico familiar:

11. Mencione si la madre presentó complicaciones durante el embarazo y/o al momento del nacimiento del menor:

12. ¿Su hijo(a) padece alguna de las siguientes enfermedades?

MARQUE CON "X" LA RESPUESTA	SI	NO	MARQUE CON "X" LA RESPUESTA	SI	NO
Sobrepeso u Obesidad			Diabetes (azúcar en la sangre)		
Enfermedades del corazón			Desnutrición		
Bronquitis			Amigdalitis(anginas)		
Hemorragias			Anemia		
Epilepsia (ataques, convulsiones)			Hepatitis		
Fiebre Reumática			Neoplasias (Tumores)		
Cáncer			¿Otras enfermedades crónicas? Especifique:		

HA DETECTADO EN EL NIÑO(A) QUE:	SI	NO	HA DETECTADO EN EL NIÑO(A) QUE:	SI	NO
¿Duerme bien durante la noche?			¿Le duelen las piernas por la noche?		
¿Le da fiebre con frecuencia mayor a 40°C?			¿Se desmaya con frecuencia?		
¿Le falta el aire después de hacer ejercicio?			¿Ha recibido alguna vez transfusión sanguínea?		



<p>¿Presenta algún tipo de alergia? Especifique cual: Medicamento (s): _____ _____</p> <p>Alimentos: _____</p> <p>Animales: _____</p>			<p>¿Cuenta con algún antecedente médico que impida a su hijo(a) realizar actividad física o deportiva?</p> <p>Especifique cual: _____ _____ _____ _____</p>		
<p>¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? En caso afirmativo mencione si existe alguna secuela y cuál</p> <p>_____ _____</p>					

ANTECEDENTES HEREDITARIOS DEL ALUMNO	SI	NO	ANTECEDENTES HEREDITARIOS DEL ALUMNO	SI	NO
<p>¿Tiene algún familiar diabético? Parentesco: _____</p>			<p>¿Tiene algún familiar hipertenso? Parentesco: _____</p>		
<p>¿Tiene algún familiar enfermo del corazón? Parentesco: _____</p>			<p>¿Tiene algún familiar enfermo de cáncer? Parentesco: _____</p>		



Bajo protesta de decir verdad, MANIFIESTO que las respuestas del cuestionario corresponden a mi hijo(a):

Que cursará el _____ grado. Grupo _____

En la Escuela Primaria Profr. Carlos Hank González

Del municipio de _____. 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 realiza 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.

Sí autorizo

No autorizo

Nombre y firma

Nombre y firma

Guadalupe yancuictlalpan, a _____ de _____ del 20 ____

