



INFORME MEDICO ESCOLAR

Datos Generales: *(Llenar por Padre, Madre o Tutor)*

Ciclo Escolar:		FECHA:		
NOMBRE DEL ALUMN(A/O):				
GRUPO:	TURNO: MATINO / VESPERTINO		No. CONTROL ESCOLAR:	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:				
NOMBRE DEL PADRE:		TELÉFONO(S):		
NOMBRE DE LA MADRE:		TELÉFONO(S):		
NOMBRE DEL TUTOR (ANOTAR EN SU CASO):		TELÉFONO(S):		
CALLE:	NÚMERO:	COLONIA:	ALCALDÍA O MUNICIPIO:	C. P.
EN CASO DE PRESENTARSE ALGUNA EMERGENCIA, CONTACTAR CON:				
NOMBRE:		TELÉFONO:		
INSTITUCIÓN DEL SECTOR SALUD A DONDE SE TRASLADAR EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA:		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O NÚMERO DE AFILIACIÓN:		

DATOS MÉDICOS:	
<i>(DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO)</i>	<i>ESPECIFIQUE (INCLUYA TRATAMIENTO EMPLEADO)</i>
¿TIENE ALGUNA ALERGIA A MEDICAMENTO(S)? SI NO	
¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA? (ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN, ETC.) SI NO	
¿PADECE DE DIABETES? SI NO	
¿PADECE EPILEPSIA O ALGÚN TRASTORNO MENTAL? SI NO	
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD PULMONAR (POR EJEMPLO: TUBERCULOSIS, ASMA BRONQUIAL, ETC.) SI NO	
¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD RENAL? SI NO	
¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA? SI NO	
¿PADECE ALGÚN TRASTORNO VISUAL? SI NO	
¿PADECE DE DESNUTRICIÓN? SI NO	
¿PADECE ALGUNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL? SI NO	
¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CONGÉNITA? SI NO	
¿PADECE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD O TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DE FORMA CRÓNICA? SI NO	





USUAL 10021L

(DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO)	ESPECIFIQUE (INCLUYA TRATAMIENTO EMPLEADO)
¿TIENE O REQUIERE TRATAMIENTO ORTOPÉDICO? (TRASTORNO POSTURAL/USO DE MULETAS/ ZAPATOS ORTOPÉDICOS, ETC.) SI NO	
¿TIENE ALGÚN PADECIMIENTO FÍSICO QUE IMPIDA REALIZAR EJERCICIO? SI NO	
¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA? SI NO	
¿PADECE DE PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN? SI NO	

PESO:	TALLA:	FRECUENCIA CARDIACA:	FRECUENCIA RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:

TENSIÓN ARTERIAL:	SATURACIÓN DE OXIGENO:	GRUPO Y RH:

AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		¿USA LENTES?		¿USA APARATO AUDITIVO?	
OD:		OD:		SI	NO	SI	NO
OI:		OI:					

EXPLORACIÓN FÍSICA (ANOTAR: NORMAL / ANORMAL)					
CABEZA	CUELLO	TÓRAX	ABDOMEN	GENITALES	EXTREMIDADES

EN CASO DE PRESENTAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES, ¿AUTORIZA USTED PRESCRIBIR MEDICAMENTOS?

SI NO

¿QUE MEDICAMENTO UD. AUTORIZA A PRESCRIBIR?		
FIEBRE	DOLOR DE MUELAS	MAREO
NAUSEAS	DOLOR DE ESTOMAGO	CÓLICO MENSTRUAL
DOLOR DE ARTICULACIONES	DIARREA	DOLOR DE CABEZA
RESFRIADO	OTROS	OTROS

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE VALORA: _____

CEDULA PROFESIONAL: _____

