



CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS NO. 4 "AQUILES SERDÁN ALATRISTE"

INFORME MÉDICO ESCOLAR

DATOS GENERALES (DEBE SER LLENADO POR PADRE MADRE O TUTOR)				
CICLO ESCOLAR:		FECHA:		
NOMBRE DEL ALUMN(A/O):				
GRUPO:	TURNO: MATUTINO / 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 TRASLADÉ EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA:		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O NÚMERO DE AFILIACIÓN:		

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





¿PADECE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD O TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DE FORMA CRÓNICA?							
PESO:	TALLA:	FRECUENCIA CARDIACA:	FRECUENCIA RESPIRATORIA:	TEMP:			
TENSIÓN ARTERIAL:		SATURACIÓN DE OXÍGENO:		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		

LLENADO POR PADRE, MADRE O TUTOR, EN CASO DE PRESENTAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES, ¿AUTORIZA USTED PRESCRIBIR MEDICAMENTOS?

SI NO

¿QUÉ MEDICAMENTO UD. AUTORIZA A PRESCRIBIR?		
FIEBRE	DOLOR DE MUELAS	MAREO
NÁUSEAS	DOLOR DE ESTÓMAGO	CÓLICO MENSTRUAL
DOLOR DE ARTICULACIONES	DIARREA	DOLOR DE CABEZA
RESFRIADO	OTROS	OTROS

NOMBRE Y FIRMA DE MADRE PADRE O TUTOR: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE VALORA: _____

CEDULA PROFESIONAL: _____

