



“2024. año del Bicentenario de la Integración de Oaxaca a la República Mexicana”

FICHA MÉDICA

FECHA: _____

GRADO Y GRUPO : _____

A). NOMBRE DEL ALUMNO: _____ **EDAD:** _____ **SEXO:** _____

DOMICILIO: _____ **TELÉFONO:** _____

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: _____ **CELULAR:** _____

OTROS CONTACTOS: _____ **PARENTESCO:** _____ **CELULAR:** _____

_____ **PARENTESCO:** _____ **CELULAR:** _____

SERVICIO MÉDICO CON QUE CUENTA: ISSSTE: () IMSS () ISSFAM () INSABI () OTRO () _____

GRUPO SANGUÍNEO: _____ **ESQUEMA BÁSICO DE VACUNACIÓN:** COMPLETO: _____ INCOMPLETO: _____

VACUNA CONTRA COVID 19 (FECHAS): 1ª DOSIS: _____ 2ª DOSIS: _____

B). ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DEL ALUMNO

MARQUE CON UNA “X” SOLO LAS ENFERMEDADES QUE SU HIJO (A) PADECE O HA PADECIDO Y ANOTE LOS MEDICAMENTOS QUE UTILIZA COMO TRATAMIENTO.

1.- ¿PADECE ALGUNA ALERGIAS? A ALIMENTOS: () A MEDICAMENTOS: () A FACTORES AMBIENTALES () ¿CUÁLES?: _____

2.- ¿PADECE DEL CORAZÓN? (SOPLOS, PALPITACIONES, OTRO): () _____

3.- ¿PADECE DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS? ASMA, FALTA DE AIRE, TOS DE MUCHO TIEMPO, ETC.: () : _____

4.- ¿ALGUNA ENFERMEDAD DE LA SANGRE? (ANEMIAS, SANGRADOS, ETC.): () _____

5.- ¿PADECE DIABETES O AZÚCAR EN LA SANGRE? () _____

6.- ¿DESMAYOS O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO? () _____

7.- ¿LO HAN OPERADO ALGUNA VEZ? () ¿DE DÓNDE? _____ ¿HACE QUÉ TIEMPO? _____

8.- ¿SE HA ROTO ALGÚN HUESO? () ¿CUÁL? _____ ¿HACE QUÉ TIEMPO? _____

9.- ¿PRESENTA ALGUNA MALFORMACIÓN? () ¿EN DÓNDE? _____

10.- ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE LOS OJOS? () ¿CUÁL? _____ ¿USA LENTES? ()

11.- ¿LE HAN DIAGNOSTICADO ALGÚN PROBLEMA DE APRENDIZAJE O DE LENGUAJE? () ¿CUÁL? _____

12.- ¿PRESENTA ALGÚN PROBLEMA AUDITIVO? () ¿CUÁL? _____

13.- ¿UTILIZA ALGÚN APARATO ORTOPÉDICO? () ¿CUÁL? _____

14.- ¿SU HIJO HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES? VARICELA () SARAMPIÓN () TIFOIDEA () HEPATITIS ()

DENGUE () CHICUNGUNYA () ZIKA () INFLUENZA () OTRAS: () ¿CUÁLES? _____

COVID 19 () ¿RECIBIÓ TRATAMIENTO MÉDICO? SI () NO () ¿REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN? SI () NO ()

C). PADECIMIENTO ACTUAL.

¿EN ESTE MOMENTO SU HIJO (A) ESTÁ ENFERMO O TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?

RESPONSABLE

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA



“2024. año del Bicentenario de la Integración de Oaxaca a la República Mexicana”

FICHA MÉDICA

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ **GRADO Y GRUPO:** _____

D). EXPLORACIÓN FÍSICA (NO CONTESTAR):

1er. GRADO: PESO: _____ Kg TALLA: _____ m

AGUDEZA VISUAL: OJO DERECHO: _____ OJO IZQUIERDO: _____

AGUDEZA AUDITIVA: OIDO DERECHO: _____ OIDO IZQUIERDO: _____

APARATOS Y SISTEMAS: _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA EN ESTE MOMENTO:

RECOMENDACIONES:

2º GRADO: PESO: _____ Kg TALLA: _____ m

3er. GRADO: PESO: _____ Kg TALLA: _____ m

MÉDICO ESCOLAR