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 ALERGIA? 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

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