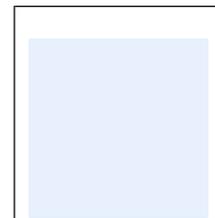




## FICHA MÉDICA Ciclo escolar 2019-2020



Favor de requisitar este formulario (es necesario colocar fotografías, en los espacios correspondientes), imprimir y entregar al personal administrativo de la Dirección Técnica, en caso de cualquier cambio, sírvase notificarlo de inmediato.

DATOS DE ALUMNO (A)									
Nivel Educativo			Grado			Grupo			
Número de Lista		Género		<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Femenino			
Nombre (s)									
Apellido Paterno			Fecha de Nacimiento						
Apellido Materno			Día		Mes			Año	
Lugar de Nacimiento		Ciudad			Estado				
Nacionalidad		<input type="checkbox"/> Mexicana		<input type="checkbox"/> Japonesa		Otro:			
Correo electrónico		Padre			@				
		Madre			@				
		Tutor/otro(s)			@				
		Alumno (a)			@				
Vive con:		<input type="checkbox"/> Padre		<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Ambos		<input type="checkbox"/> Otros	
INFORMACIÓN MÉDICA Y DE EMERGENCIA									
Peso:		Kg.		Estatura:		Cmd.		Tipo de Sangre:	
Alergia(s):		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuál(es)?:					
Enfermedad(es) importante(s) que padezca:						Actualmente, ¿Toma algún medicamento? Sí No		¿Cuál?	
Tiene alguna discapacidad:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuál(es)?:					
Derechohabiente		<input type="checkbox"/> IMSS		<input type="checkbox"/> ISSSTE		<input type="checkbox"/> PEMEX		Otros:	
Nombre del médico			Dirección del médico						
Teléfono del médico			Número de Póliza						
¿Autoriza medicamento para control de fiebre y/o dolor?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuál?					
TELÉFONOS DE EMERGENCIA									
Padre			Madre						
Otro(s) Nombre			Otro(s) Teléfono						

**FICHA MÉDICA**  
Ciclo escolar 2019-2020

PERSONAS QUE AUTORIZAN PARA RECOGER AL ALUMNO (A)		
<b>Persona autorizada 1</b> (nombre completo)		
-Parentesco		
-Teléfono Casa	Teléfono Oficina	
-Celular y/o Nextel		
-Correo Electrónico	@	
Nota:		

<b>Persona autorizada 2</b> (nombre completo)		
-Parentesco		
-Teléfono Casa	Teléfono Oficina	
-Celular y/o Nextel		
-Correo Electrónico	@	
Nota:		

<b>Persona autorizada 3</b> (nombre completo)		
-Parentesco		
-Teléfono Casa	Teléfono Oficina	
-Celular y/o Nextel		
-Correo Electrónico	@	
Nota:		

RECOMENDACIONES ESPECIALES	

<b>Firma de padre, madre o tutor</b>	
Fecha de entrega:	Fecha de recibo:

**FICHA MÉDICA**  
Ciclo escolar 2019-2020

ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL ALUMNO (A)			
Favor de marcar ✓	SI	NO	En caso afirmativo especifique: ↴
-Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Diarreas Frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Traumatismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Toxicomanías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo <input style="width: 50px;" type="text"/>
-Pie plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
INMUNIZACIONES (Vacunas)			
Favor de marcar ✓	SI	NO	En caso afirmativo especifique: ↴
-Triple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Poliomielitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo <input style="width: 50px;" type="text"/>
-Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Influenza AH1N1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Papiloma humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES GENÉTICOS			
Favor de marcar ✓	SI	NO	En caso afirmativo especifique: ↴
-Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Farmacodependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**FICHA MÉDICA**  
Ciclo escolar 2019-2020

LLENADO POR SERVICIO MÉDICO LMJ										
EXAMEN FÍSICO										
<b>Peso:</b>		<b>Kg.</b>	<b>Estatura:</b>		<b>Cms.</b>	<b>Nota:</b>				
<b>Frecuencia Cardíaca:</b>				<b>Notas:</b>						
<b>Frecuencia Respiratoria:</b>										
<b>Temperatura:</b>						°C				
<b>Presión Arterial:</b>		S			D			<b>Pulso:</b>		
VISTA										
<b>Agudeza Visual:</b>		<b>Ojo Derecho</b>			<b>Ojo Izquierdo</b>					
<b>Usa Lentes:</b>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<b>Hipoacusia</b>		<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<b>Nota:</b>										
AUDITIVO										
<b>Derecho:</b>				<b>Izquierdo:</b>						
<b>Nota:</b>										
BUCO DENTAL										
<b>Caries:</b>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<b>Ausencia de piezas:</b>		<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<b>Nota:</b>										

OBSERVACIONES GENERALES LMJ