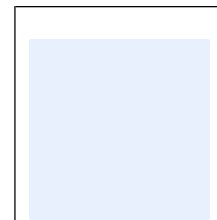




FICHA MÉDICA Ciclo escolar 2019-2020



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 <input type="checkbox"/> Otro:			
Correo electrónico	Padre				@
	Madre				@
	Tutor/otro(s)				@
	Alumno (a)				@
Vive con:	Padre	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Ambos
		<input type="checkbox"/>		<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	IMSS	<input type="checkbox"/>	ISSSTE	<input type="checkbox"/>	PEMEX	<input type="checkbox"/>	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)		
Persona autorizada 1 (nombre completo)		
-Parentesco		
-Teléfono Casa	Teléfono Oficina	
-Celular y/o Nextel		
-Correo Electrónico	@	
Nota:		

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

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

RECOMENDACIONES ESPECIALES	
Firma de padre, madre o tutor	
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									
Peso:		Kg.	Estatura:		Cms.	Nota:			
Frecuencia Cardíaca:				Notas:					
Frecuencia Respiratoria:									
Temperatura:					°C				
Presión Arterial:	S		D		Pulso:				
VISTA									
Agudeza Visual:	Ojo Derecho				Ojo Izquierdo				
Usa Lentes:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hipoacusia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No				
Nota:									
AUDITIVO									
Derecho:				Izquierdo:					
Nota:									
BUCO DENTAL									
Caries:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ausencia de piezas:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No				
Nota:									

OBSERVACIONES GENERALES LMJ									