

**DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SECUNDARIA TÉCNICA
SUBDIRECCIÓN DE ESCUELAS SECUNDARIAS TÉCNICAS EN EL D. F.**

**Cuestionario Para el Padre
FICHA MÉDICA**

DATOS PARA SER PROPORCIONADOS POR EL PADRE DE FAMILIA

ES IMPORTANTE QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SEAN VERDADEROS, CON EL FIN DE QUE EN CASO DE EMERGENCIA EL ALUMNO SEA CANALIZADO O ATENDIDO OPORTUNAMENTE.

DATOS PERSONALES

E. S. T. No				FECHA:	
NOMBRE:					
EDAD:		SEXO:		GRUPO:	
DOMICILIO PARTICULAR: CALLE		No.		Int.	
COLONIA:			DELEGACIÓN:		
TELÉFONO:		SERVICIO MÉDICO CON EL QUE CUENTA:			
EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A:					
PARENTESCO:					
TELÉFONOS:			CELULAR:		

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE SEA CORRECTA

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES FAMILIARES Y DEL ALUMNO

ENFERMEDAD	ALUMNO		PADRE		MADRE		ABUELOS		HERMANOS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
CARDIACA										
HIPERTENSIÓN ARTERIAL										
ASMA										
DIABETES										
CÁNCER										
ENFERMEDAD RENAL										
TUBERCULOSIS										
ENFISEMA PULMONAR										
OBESIDAD										
GASTRITIS										
TABAQUISMO										
OTRA: ¿CUÁL?										

ANTECEDENTES DEL ALUMNO

	SI	NO
ACOSTUMBRA TOMAR ALGÚN MEDICAMENTO ¿CUÁL?		
POR INDICACIONES DE LA MADRE O PADRE		
POR INDICACIONES DE OTRA PERSONA		
POR INDICACIONES DEL MÉDICO		
POR ANUNCIO EN LA TELEVISIÓN		
ACTUALMENTE SE ENCUENTRA ENFERMO		
ACTUALMENTE TIENE TRATAMIENTO MÉDICO ¿CUÁL?		

INMUNIZACIONES O VACUNAS QUE SE LE HAN APLICADO AL ALUMNO(A)	SI	NO
POLIO		
RUBEOLA		
TUBERCULOSIS (BCG)		
DIFTERIA-TOSFERINATÉTANOS		

SOLO PARA ALUMNAS	SI	NO
YA INICIÓ SU MENSTRUACIÓN O REGLA		
CÓLICOS		
SANGRADO ABUNDANTE O HEMORRAGIA EN CADA MES		
TOMA ALGÚN MEDICAMENTO ¿CUÁL? _____		

(TRIPLE)		
SARAMPIÓN		
RUBEOLA		
PAROTIDITIS (PAPERAS)		
INFLUENZA		
SARAMPIÓN-RUBEOLA (DOBLE VIRAL)		
HEPATITIS A		
HEPATITIS B		
TÉTANOS		

ODONTOLÓGICOS	SI	NO
SE CEPILLA LOS DIENTES		
TIENE CARIES		
PRESENTA SANGRADO EN LAS ENCÍAS		
LE FALTA ALGUNA PIEZA DENTARIA (DIENTE O MUELA)		
ACUDE AL DENTISTA		

ANTECEDENTES DE LA VISTA	SI	NO
DIFICULTAD PARA VER		
VISIÓN BORROSA		
OJOS ROJOS		
PRESENTA SECRECIÓN DE COLOR VERDE, AMARILLA O COMEZÓN		
CONJUNTIVITIS		
MIOPIA		
ASTIGMATISMO		
USA LENTES		
PERDIÓ ALGÚN OJO		
USA PRÓTESIS		

ES ALÉRGICO A:	SI	NO
POLVO		
ANIMALES		
ALIMENTOS		
MEDICAMENTOS ¿CUÁL? _____		
OTROS _____		

ANTECEDENTES DEL OÍDO	SI	NO
DIFICULTAD PARA OIR		
PRESENTE SORDERA DE ALGÚN OÍDO		
HA TENIDO DOLOR		
LE HA SALIDO SECRECIÓN O SANGRE		
HA TENIDO OTITIS (INFLAMACIÓN)		
USA APARATO AUDIOLÓGICO		
NO TIENE UNA OREJA O PABELLÓN AURICULAR		

ANTECEDENTES DE LOS MIEMBROS SUPERIORES Y/O INFERIORES (BRAZOS Y PIERNAS)	SI	NO
TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR		
DEFORMIDAD DE ALGÚN PIE, PIERNA, BRAZO, MANO ¿CUÁL?		
LE DUELEN LAS PLANTAS DE LOS PIES CUANDO CAMINA MUCHO O CORRE		
TIENE PIE PLANO		
USA PLANTILLAS		
LE SUDAN Y TIENE MAL OLOR EN LOS PIES		
LE FALTA ALGUNA PIERNA, PIE, BRAZO, MANO ¿CUÁL?		
USA MULETAS EN FORMA DEFINITIVA		
USA PRÓTESIS EN LUGAR DE LA PIERNA, PIE, BRAZO, MANO		
SE HA FRACTURADO		
HA TENIDO ESGUINCES		
HA TENIDO LUXACIONES		
TIENE DESVIADA LA COLUMNA		

PESO: Kg.	TALLA: cm.	TENSIÓN ARTERIAL: / mm Hg (T A)
----------------------	-----------------------	--

PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN _____
 NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

EXCLUSIVO PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO ESCOLAR

CANALIZAR AL SERVICIO DE: _____
ESTÁ EN TRATAMIENTO CON : _____
OBSERVACIONES: _____



PARA ENTREGAR AL PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA Y/O ARTÍSTICA

DE ACUERDO A LOS DATOS QUE PROPORCIONÓ EL PADRE O MADRE DE FAMILIA O TUTOR:

EL ALUMNO(A): _____ GRADO: _____ GRUPO: _____

SE ENCUENTRA APTO(A) PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN EDUCACIÓN FÍSICA Y/O ARTÍSTICA.

SI ()

NO () DEBIDO A : _____