

## FICHA MÉDICA ESCOLAR CICLO ESCOLAR 2018 – 2019

Estimados Padres de Familia.

El objetivo de la presente ficha médica es conocer los antecedentes clínicos relevantes de sus hijos(a), para poder brindarles una atención oportuna y adecuada; es necesario e indispensable llenar con veracidad todos los espacios. En caso de tener alguna duda favor de comunicarse al Servicio de Enfermería y con gusto le atenderemos.

### IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO(A)

Nombre completo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ años

Sexo: Femenino ( ) Masculino ( ) Grupo sanguíneo y RH \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ kg

Talla \_\_\_\_\_ cm Grado escolar inscrito \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono casa \_\_\_\_\_

En caso de emergencia favor de anotar nombre de tres familiares directos del alumno y teléfonos en los que puedan ser localizados (**Mamá, Papá o Tutor.**)

Nombre y parentesco \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Nombre y parentesco \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Nombre y parentesco \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Servicio Médico: IMSS ( ) ISSSTE ( ) Seguro Popular ( ) Otro \_\_\_\_\_

¿Ambos padres viven? (Si) (No) Causa de muerte \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el alumno? \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Favor de anotar si su hijo tiene familiares que padezcan alguna de estas enfermedades:

- ❖ Asma (Si) (No) ¿Quién? \_\_\_\_\_
- ❖ Cáncer (Si) (No) ¿Quién? \_\_\_\_\_
- ❖ Diabetes (Si) (No) ¿Quién? \_\_\_\_\_
- ❖ Hipertensión (Si) (No) ¿Quién? \_\_\_\_\_
- ❖ Obesidad (Si) (No) ¿Quién? \_\_\_\_\_
- ❖ Otras (Artritis reumatoide, Lupus, Epilepsia): \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES

Esquema de vacunación completo para la edad: Si ( ) No ( ) favor de explicar el motivo

Vacunas faltantes \_\_\_\_\_

En caso de ser femenino, fecha en que presentó su menarca (primera menstruación) \_\_ / \_\_ / \_\_

¿Usa lentes? Sí ( ) No ( ) Última fecha de valoración: \_\_ / \_\_ / \_\_

¿El alumno(a) desayuna (**antes de entrar a la escuela**)? Sí ( ) No ( )

¿El alumno(a) traen lunch de casa o lo compra en la escuela? \_\_\_\_\_

¿El alumno(a) come después de la escuela? Sí ( ) No ( )

¿El alumno(a) cena? Sí ( ) No ( )

**Indique si su hijo(a) presenta o ha presentado lo siguiente:**

Alergias Si ( ) No ( ) ¿A qué? \_\_\_\_\_

Fracturas Si ( ) No ( ) ¿En qué parte de cuerpo? \_\_\_\_\_

Cirugías Sí ( ) No ( ) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Epilepsia Si ( ) No ( )

Diabetes Si ( ) No ( )

Asma Si ( ) No ( )

Dermatitis atópica Si ( ) No ( )

Lupus Si ( ) No ( )

Hipertensión Si ( ) No ( )

Disautonomía Si ( ) No ( )

Sinusitis Si ( ) No ( )

Rinitis alérgica Si ( ) No ( )

TDAH Si ( ) No ( )

Leucemia Si ( ) No ( )

Gastritis Si ( ) No ( )

Colitis Si ( ) No ( )

Desórdenes alimenticios Si ( ) No ( )

Alteraciones psicológicas Si ( ) No ( )

Dolor de cabeza frecuente Si ( ) No ( )

Alteraciones Ginecológicas Si ( ) No ( )

Artritis reumatoide Si ( ) No ( )

Otras \_\_\_\_\_

Favor de especificar el tratamiento médico, medidas a seguir y anexar informe médico.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha presentado enfermedades como:

Varicela Si ( ) No ( )

Rubeola Si ( ) No ( )

Escarlatina Si ( ) No ( )

Sarampión Si ( ) No ( )

Mano pie boca Si ( ) No ( )

La quinta enfermedad Si ( ) No ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Recuerde que el Servicio de Enfermería está para brindar la atención en caso de accidente escolar.**

**Les recordamos que el seguimiento en tratamientos crónicos son responsabilidad de la familia.**

**En caso de presentar enfermedad, favor de no enviarlos a la escuela y sus faltas serán justificadas al presentar la receta médica.**

**Si requiere apoyo para la administración de algún medicamento previamente recetado, en el horario de clases, favor de acudir al Servicio de Enfermería.**

**En caso de accidente escolar, recordar a sus hijos que siempre debe ser notificado al Servicio de Enfermería y a una autoridad de forma inmediata.**

**TODA LA INFORMACIÓN ACENTUADA ES VERÍDICA Y NO HE OMITIDO NINGÚN DATO, LO CUAL ME HACE RESPONSABLE DE LOS ACTOS QUE SECUNDEN A LA MISMA.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Padre o Madre de Familia**

En cumplimiento con la fracción II del artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 05 de julio de 2010, se informa que las transferencias nacionales o internacionales de datos podrán llevarse a cabo sin el consentimiento del titular cuando la transferencia sea necesaria para la prevención o el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios.