



FICHA MÉDICA ESCOLAR

INSTRUCCIONES: ESTE DOCUMENTO DEBERÁ SER LLENADO POR EL PADRES, MADRE O TUTOR DEL ALUMNO, QUIEN SERÁ RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.

DATOS PERSONALES			
NOMBRE DEL ALUMNO: _____			
FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ EDAD: ____			
DIA MES AÑO			
CURP: _____			
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH: _____		PESO: _____	
TALLA: _____			
GRADO Y GRUPO: _____		TURNO: _____	
ESPECIALIDAD: _____			
NOMBRE DEL PADRE: _____			
NOMBRE DE LA MADRE: _____			
DOMICILIO: _____			
CALLE Y NUMERO	COLONIA	C.P	ALCALDÍA O MUNICIPIO
NUMERO TELEFONICO: _____		RECADOS: _____	
CELULAR: _____			
EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR			
A: _____		TEL: _____	
SERVICIO MEDICO CON EL QUE CUENTA: _____			
No. DE SEGURIDAD SOCIAL (AFILIACIÓN): _____			

ANTECEDENTES CLINICOS (ALUMNO)	SI	NO
GASTRITIS		
MIGRAÑA		
EPILEPSIA		
ASMA		
DIABETES		
HIPERTENSIÓN		
SINDROME PREMENSTRUAL		
INSUFICIENCIA RENAL		
¿ACTUALMENTE SE ENCUANTRA BAJO ALGUN TRATAMIENTO MEDICO?		
¿CUÁL? _____		
¿EN QUE HORARIO TOMA MEDICAMENTO? _____		
¿ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO Y/O ALIMENTOS?		
¿CUÁL ES? _____		
¿UTILIZA ANTEOJOS Y/O LENTES DE CONTACTO?		

¿SE ENCUENTRA VACUNADO CONTRA TETANOS?		
¿EN QUE FECHA SE APLICÓ EL ÚLTIMO REFUERZO? _____		
¿SE ENCUENTRA VACUNADO CONTRA COVID-19?		
¿QUÉ VACUNA SE APLICÓ Y CUÁNTAS DOSIS?		

NOTA: EN CASO DE ALGÚN CAMBIO DE INFORMACIÓN, FAVOR DE DAR AVISO AL RESPONSABLE DEL SERVICIO MÉDICO

(FAVOR DE ANEXAR EL INE DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR)

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR