



**COLEGIO O'FARRILL**  
PRIMARIA

**FORMATO INTERNO MÉDICO**

(Formato 2)

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alumno (a): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciclo escolar: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. CURP: \_\_\_\_\_

Sistema de salud: ISSTE\_\_\_\_ IMSS\_\_\_\_ Particular\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Cel.: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfonos de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Cel.: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfonos de emergencia: \_\_\_\_\_

El alumno(a) es alérgico a: \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen médico (mes y año): \_\_\_\_\_

- a. Indique si el alumno(a) presenta una condición médica o enfermedad (adjuntar informe y/o certificado médico):

- b. Describa si el alumno(a) se encuentra bajo tratamiento médico (en caso de medicación indicar nombre y dosis):

c. Mencione si el alumno(a) ha tenido alguna intervención quirúrgica, cuál y qué cuidados requiere:

d. Mencione si el alumno(a) se encuentra en algún tipo de tratamiento (fonoaudiólogo(a), psicólogo(a), psiquiatra, neurólogo(a), etc.):

- Es responsabilidad del padre, madre o tutor seguir los tratamientos indicados con los especialistas externos a la Institución.
- Responder cada apartado del formato médico, evita espacios en blanco y rayas.

e. Describa si el alumno(a) necesita de algún cuidado especial y motivo del padecimiento:

Nombre del que entrega la información: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

- Anexar copia de INE, del padre, madre o tutor.

### **VALIDACIÓN MÉDICA**

Para ser respondido por el médico:

Luego de realizado los exámenes, certifico que el alumno(a) se encuentra en las condiciones descritas a continuación para las actividades de educación física y natación:

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y cédula del médico que extiende el certificado,  
valido sólo por este ciclo escolar 2023-2024.

Observaciones que quisiera agregar:

### **Validación del Padre, Madre o Tutor.**

Yo: \_\_\_\_\_ padre, madre o tutor del

Alumno (a): \_\_\_\_\_ grupo: \_\_\_\_\_

**Entrego el presente certificado médico bajo mi responsabilidad, avalando lo que el médico asienta, deslindando de cualquier responsabilidad al Colegio ante la falsedad de la información.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del padre, madre o tutor.**

Anexar al certificado médico el cual deberá ser claro y verás con la información expuesta en él.