

FICHA DE CONTROL MÉDICO

Nombre del alumno: _____

Talla _____ **Peso** _____ **Tipo de Sangre** _____

DATOS DEL MÉDICO PEDIATRA

Nombre: _____

Teléfono(s) _____ Celular: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Padece alguna de las siguientes enfermedades.

Diabetes Convulsiones Hemorragias Diarreas
Úlceras Gastritis Asma Cardiopatías

Otra (especificar) _____

Indicaciones, en caso de haber marcado una o más opciones en la pregunta anterior: _____

Medicamentos que toma regularmente (Nombre, dosis, Padecimiento): _____

Alergias. _____

Restricciones para realizar alguna actividad _____

¿Existe algún problema congénito?	SI	NO	_____
¿Existen restricciones para realizar alguna actividad ?	SI	NO	_____
¿Existen alteraciones en la agudeza visual?	SI	NO	_____
¿Existen alteraciones en la agudeza auditiva?	SI	NO	_____
¿Existe algún problema ortopédico?	SI	NO	_____
¿Utiliza algún tipo de órtesis o prótesis?	SI	NO	_____
¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas?	SI	NO	_____
Cuenta con seguro de gastos médicos	SI	NO	_____

Es derechohabiente al:

IMSS () **ISSSTE** () **PEMEX** () **OTRO** (especifique) _____