



HOJA DE DATOS MÉDICOS

FOTO

Fecha: _____

2

Estimado padre de familia:

La salud e integridad física de su hijo (a) es primordial para nosotros. Es muy importante que cada niño tenga control médico con su pediatra para vigilar su óptimo desarrollo. No envíe al niño a la escuela si ha presentado fiebre, malestar estomacal o gripe. Por favor especifique los datos que se solicitan y mantenga actualizados los teléfonos de emergencia para dar una oportuna atención. Gracias por su apoyo.

Dra. Ma. Del Pilar Zavala G.
Servicio Médico Escolar

I. DATOS GENERALES

Nombre del niño (a) _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

Fecha de nacimiento _____

Día

Mes

Año

Edad

Años

Meses

Sexo _____ Peso _____ Grupo Sanguíneo _____ Estatura _____

Grado _____ Grupo _____ Ciclo escolar _____

Dirección _____

Nombre del padre _____

Dirección _____

Tel. Casa _____

Tel. Oficina _____

Celular _____

Otro teléfono _____



Nombre de la madre _____
 Dirección _____
 Tel. Casa . _____ Tel. Oficina _____
 Celular _____ Otro teléfono _____

En caso de emergencia y no localizar a los padres avisar a:
 Nombre completo _____ Parentesco: _____
 Con domicilio en _____
 Teléfono (s) _____ Celular _____

3

II. ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA (Alergias, cardiovasculares, diabetes, etc.)

III. ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad actual: _____
 Tratamiento _____
 Alergias SI () NO () Especifique cuál de las siguientes:
 Medicamentos: _____ Alimentos: _____
 Otros: _____

IV. ANTECEDENTES PERINATALES

Describe los siguientes datos:
 Complicaciones en el embarazo y/o parto _____
 Trastornos congénitos _____
 Trastornos del lenguaje _____ ¿Recibe tratamiento? _____
 Restricciones para realizar alguna actividad _____
 Alteraciones en la agudeza visual _____
 Alteraciones en la agudeza auditiva _____
 Problemas ortopédicos _____
 Alteraciones en la postura _____
 ¿Utiliza algún tipo de prótesis? _____

V. ALTERACIONES ESPECÍFICAS

Especifique si el niño padece alteraciones en alguna de las siguientes áreas
 NEUROLOGICA _____
 DERMATOLÓGICA _____
 CARDIOVASCULARES _____
 GASTROINTESTINALES _____
 PULMONARES _____
 UROLOGICAS _____

Describe si el niño tiene los siguientes antecedentes:
 Quirúrgicos _____
 De fractura _____
 Traumatismos _____
 Transfusiones _____

¿Padece infecciones frecuentes? SI () NO () Especifique cuál de las siguientes
 Oculares () Oídos () Vías respiratorias () Gastrointestinales ()
 Genitourinarias () Micosis () Otras _____



¿Tiene su cuadro de inmunizaciones completo? SI () NO ()

VI. USO DE MEDICAMENTOS

Describa el nombre y dosis de los medicamentos que toma regularmente

4

Por enfermedad _____

Preventivos: _____

Vitaminas: _____

Otros: _____

Especifique el nombre y dosis de los siguientes medicamentos autorizados por su pediatra.

Medicamento de uso en caso de fiebre _____

Medicamento de uso en caso de dolor abdominal _____

Medicamentos de uso continuo o diarios, diferentes a los anteriores _____

¿SE AUTORIZA EL USO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS EN LA ESCUELA? SI () NO ()

Nombre y teléfono del pediatra del niño _____

Observaciones: _____

NOTA El instituto cuenta con seguro de accidentes, pero es indispensable que el alumno (a) se presente el mismo día del accidente para brindarle el servicio.

Nombre y firma del padre

Nombre y firma de la madre