



KINDER () PRIMARIA () SECUNDARIA ()	HISTORIAL MÉDICO	CICLO ESCOLAR	FECHA
		Grupo Sanguíneo y Factor RH:	
		Peso Actual:	Estatura:

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** M F
Grado: _____ **Lugar y Fecha de Nacimiento:** _____

I.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Prob. Respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías | <input type="checkbox"/> Prob. Mentales | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Prob. Visuales |
| <input type="checkbox"/> Tumoraciones | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Prob. Auditivos |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Migraña |

Describe los casos positivos: _____

Padre Edad y Ocupación: _____

Madre Edad y Ocupación: _____

Estado actual de salud de los Padres _____

II. ANTECEDENTES PERSONALES:

Esquema de vacunación: Completo _____ Incompleto _____ ¿Cuál falta? _____

Alimentación: Buena _____ Regular _____ Mala _____ CALIDAD: Buena _____ Regular _____ Mala _____

Intolerancia a algún alimento: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

Ha sufrido alguna de estas enfermedades:

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tosferina | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Tifoidea | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Parasitosis | <input type="checkbox"/> Paludismo |
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Poliomielitis | <input type="checkbox"/> Crisis Convulsiva |

Fracturas: _____

Intervenciones Quirúrgicas: _____

III.- PADECIMIENTOS ACTUALES:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedades Contagiosas | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Prob. Visuales | <input type="checkbox"/> Prob. Auditivos | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Prob. del Corazón | | <input type="checkbox"/> Prob. Respiratorios |

Especifique: _____

Actualmente toma algún medicamento: Sí _____ No: _____ Causa: _____

REACCIONES ALÉRGICAS A:

Medicamentos: _____

Alimentos: _____

Plantas: _____

Otros: _____

Observaciones Importantes: _____

IV. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

Ha tenido alguna variación importante en el peso, falta de apetito, debilidad o fiebre sin causa:

Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Órganos de los Sentidos: Existe alguna alteración en la capacidad auditiva o visual, vértigo, zumbidos o dolor en los oídos o infecciones recurrentes en ojos o en oídos:

Sí ___ No ___ Cuál? _____

Aparato Digestivo: Ha tenido náuseas, vómito, diarreas frecuentes, dolor abdominal o parasitosis: Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Aparato Cardiovascular: Padece palpitaciones, dolor de pecho, cansancio excesivo al hacer ejercicio: Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Aparato Genitourinario: Padece de dolor, ardor, sangrado o urgencia al orinar, dolor lumbar o en la región testicular, flujos o secreciones:

Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Dermatológico: Existe alguna alteración en la piel, uñas o cabello:

Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Neurológico: Padece de dolores de cabeza frecuentes, convulsiones, alteraciones en la fuerza o en la sensibilidad, tics o movimientos anormales:

Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Hematológico: Existen hemorragias frecuentes, sangrados excesivos, problemas de cicatrización o crecimiento de ganglios linfáticos:

Sí ___ No ___ ¿Cuáles? _____

Reumatológicos: Padece de rigidez, dolor o inflamación en las articulaciones, limitación para el movimiento o para la marcha:

Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Psiquiátricos: Padece ansiedad, cambios repentinos de carácter, trastornos del sueño o de la memoria o falta de atención:

Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

ESTADO ACTUAL DE SALUD:

Aparentemente sano: Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____

Padece alguna enfermedad: Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

V. EXPLORACIÓN FÍSICA:

Inspección General: Peso Actual _____ Peso Ideal _____ Talla _____ T.A.: _____

F.C. reposo _____ F.C. P.E. _____ F.R. reposo _____ F.R. P. E. _____ Temp. _____

Agudeza Visual: O.D. _____ O.I. _____ Agudeza Auditiva: _____

Observaciones: _____

VI. EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

Grupo Sanguíneo y factor RH _____

VII. CONCLUSIONES:

Impresión Diagnóstica _____

APTO: _____ NO APTO _____ APTO CONDICIONADO _____

Observaciones Importantes: _____

Otro contacto en caso de sufrir una crisis o accidente, ¿a qué familiar o persona debemos avisar?

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono Particular: _____ Teléfono Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____

Datos del Médico:

Nombre: _____

Cédula Profesional: _____ Teléfono o Celular: _____

Lugar y fecha del examen: _____ Firma: _____

AVISO DE PRIVACIDAD

Datos personales y sensibles serán tratados conforme a la "Política y el Aviso de Privacidad" del instituto el cual se encuentra en: www.institutoinglaterra.edu.mx