



MATERNAL ( ) KINDER ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( )	<b>HISTORIAL MÉDICO</b>	CICLO ESCOLAR 2023 – 2024	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 \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ 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. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:**

Grupo Sanguíneo y factor RH: \_\_\_\_\_

#### **VII. CONCLUSIONES:**

Impresión Diagnóstica: \_\_\_\_\_

APTO: \_\_\_\_\_ NO APTO: \_\_\_\_\_ APTO CONDICIONADO: \_\_\_\_\_

Como considera la salud de su hijo o hija: \_\_\_\_\_

En caso de sufrir una crisis o accidente y no localizar a los Padres de Familia contactar a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

#### **Datos del Médico:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_ Teléfono o Celular: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha del examen: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

*\*Si existe algún evento que haya vivido el alumno, el cual le haya afectado psicológica o emocionalmente y es necesario tener ciertas consideraciones, favor de hacer cita con la Directora del Plantel.*

#### **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](http://www.institutoinglaterra.edu.mx).

Nombre y Firma de la Directora del Plantel \_\_\_\_\_