



ESCUELA MARISTA FRANCO GUADALUPE, A. C.

PRIMARIA Y SECUNDARIA

FICHA MÉDICA PRIMARIA

INSTRUCCIONES: Llenar con letra de molde y con pluma azul o negra.



Alumn@: _____ Grado: _____

Edad: _____ Tipo de Sangre: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Lateralidad dominante: Derecho () Izquierdo ()

Servicio Médico: IMSS () ISSSTE () SSA () Otro () _____

Número de Afiliación: _____

Cartilla de Vacunación: Completa () Incompleta ()

Vacunas Pendientes: _____

Enfermedades Padecidas con anterioridad:

- | | | | |
|---------------|-------------------|---------------|------------------|
| () Hepatitis | () Varicela | () Tosferina | () Parasitosis |
| () Paperas | () Paludismo | () Neumonía | () Sarampión |
| () Tifoidea | () Poliomiélitis | () Artritis | () Convulsiones |

Padecimientos Actuales:

- | | | | |
|--------------|---------------------------|---------------|-------------------|
| () Asma | () Problemas del corazón | () Auditivos | () Migraña |
| () Visuales | () Enfermedad Contagiosa | () Diabetes | () Respiratorios |
| () Otro(s): | _____ | | |

Fracturas sufridas: _____

Alergias: Sí () NO () ¿Cuál? _____

Agudeza Visual: Normal () Estrabismo () Otros () _____

Agudeza Auditiva: Normal () Otro () _____

Postura de la Columna: Normal () Otro () _____

Postura del Pie:

Izquierdo: Normal () Pie Plano () Rot. hacia dentro () Rot. hacia fuera ()

Derecho: Normal () Pie Plano () Rot. hacia dentro () Rot. hacia fuera ()

¿Se le administra algún medicamento? Sí () _____ NO () _____

Médico Familiar o Particular: Nombre: _____

Teléfono: _____

En caso de Emergencia, la Escuela no suministra medicamento alguno, y opta por trasladar a los alumnos a la Cruz Verde, debido a la cercanía. Si usted desea que se envíe a otro hospital, favor de anotarlo: _____

Nombre de la persona que contesta este cuestionario y parentesco: _____

En caso de emergencia, avisar a: Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Confirmamos los datos arriba asentados como verídicos y confiables para usarse como apoyo en cualquier emergencia referente a la salud de nuestro@ hij@.

Firma del Papá

Firma de la Mamá

Firma del Tutor