



HISTORIA CLINICA ESCOLAR

LA OMISIÓN O FALSIFICACIÓN DE INFORMACIÓN ES BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL TUTOR. LOS DATOS PROPORCIONADOS SON CONFIDENCIALES Y NOS SIRVEN PARA VIGILAR EL DESARROLLO FÍSICO, PSICOLÓGICO Y ACADÉMICO DE SU TUTORADO.

CICLO ESCOLAR:	GRADO Y GRUPO:	FECHA DE ELABORACIÓN:

INDICACIONES:

- ✓ SI TIENE ALGUNA DUDA AL RESPONDER ESTE CUESTIONARIO, PUEDE ACUDIR PERSONALMENTE AL ÁREA DE SERVICIO MÉDICO ESCOLAR.
- ✓ EN CASO DE HABER MODIFICACIÓN EN EL ESTADO DE SALUD DEL ALUMNO(A), FAVOR DE NOTIFICAR AL SERVICIO MÉDICO.

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO (A): _____ SEXO (H) (M)

APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD ACTUAL: ____ AÑOS ____ MESES
DÍA MES AÑO

TIPO DE SANGRE DEL ALUMNO: _____

NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR: _____ PARENTESCO: _____

ESTADO CIVIL: _____ DOMICILIO: _____
CALLE NUM

MUNICIPIO _____
COLONIA

DATOS PARA EMERGENCIAS: FAVOR DE MANTENER PERMANENTEMENTE ACTUALIZADOS LOS SIGUIENTES DATOS POR EL BIENESTAR DE SU HIJO(A).

DIRECCIÓN: _____

NÚMEROS TELEFÓNICOS: _____

ANTECEDENTES DEL ALUMNO (A): MARQUE CON UNA (X)

ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS QUE PADEZCA EL TUTORADO:

ASMA () DIABETES () CORAZÓN () CÁNCER () COLESTEROL / TRIGLICÉRIDOS () CONVULSIONES () NINGUNA ()

OTRAS ENFERMEDADES: _____

VE BIEN (SI) (NO) USA LENTES (SI) (NO) OYE BIEN (SI) (NO)

DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA (SI) (NO) CUALES _____

EL ALUMNO ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO (SI) (NO) ESPECIFIQUE: _____

EL ALUMNO PADECE ALGUNA ALERGIA (DIAGNOSTICADA) (SI) (NO) CUÁL O CUALES: _____

EL ALUMNO ES DERECHOHABIENTE DE ALGÚN SERVICIO MÉDICO – MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN

IMSS	(SI) (NO)	SRIA DE SALUD	(SI) (NO)
ISSSTE	(SI) (NO)	MÉDICO PARTICULAR	(SI) (NO)

NÚMERO DE FILIACIÓN: _____

SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL :

ACTUALMENTE EN TERAPIA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA (SI) (NO) MOTIVO _____

IMAGEN CORPORAL: () CONFORME **ACTITUD:** ALEGRE () AISLADO ()
() LE CREA PREOCUPACIÓN TRISTE () ENOJADO ()
() LE IMPIDE RELACIÓN CON LOS DEMÁS TÍMIDO ()

SOCIALIZA (SI) (NO) OTRO: _____

ATENTAMENTE.

RECIBÍÓ:

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RESPONDIÓ ESTE CUESTIONARIO
LOS DATOS QUE DÍ SON VERÍDICOS Y DE MI RESPONSABILIDAD

DR. ARMANDO LOAEZA DIEGO CP. 3548009
MÉDICO ESCOLAR ESC. SEC. TEC. 85



ASUNTO: CARTA DE AUTORIZACIÓN MÉDICA.

OAXACA DE JUÁREZ. OAXACA _____ DE _____ DEL 20_____.

C. PROFR. VÍCTOR MANUEL ROLDÁN RAMÍREZ
DIRECTOR DE LA ESC. SEC. TÉC. 85
P R E S E N T E.

EL QUE SUSCRIBE C. _____ TUTOR (A)
DEL ALUMNO (A) _____
DEL _____ GRADO GRUPO _____ AUTORIZO AL PERSONAL DEL SERVICIO MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN,
PARA QUE DURANTE EL HORARIO DE CLASES O EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES LE BRINDEN
PRIMEROS AUXILIOS, SUMINISTREN MEDICAMENTOS CON LOS QUE EL SERVICIO MÉDICO CUENTE EN EL MOMENTO,
LE REALICEN CURACIONES EN LOS CASOS QUE ASÍ LO AMERITEN Y PARTICIPE EN TODAS LAS ACTIVIDADES Y/O
CAMPAÑAS DE SALUD DENTRO DE LA INSTITUCIÓN.

ASÍ TAMBIÉN A TOMAR LAS MEDIDAS DE URGENCIAS NECESARIAS EN CASO DE QUE PRESENTE ALGÚN SIGNO
O SÍNTOMA DE ENFERMEDAD O LESIÓN POR ACCIDENTE QUE REQUIERA SER TRASLADADO A ALGUNA UNIDAD
MÉDICA EN TANTO ME LOCALICEN Y ACUDA AL LUGAR DONDE SE ENCUENTREN.

AUTORIZO

NO AUTORIZO

FIRMA DEL TUTOR

FIRMA DEL TUTOR

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TRABAJO: _____

TELÉFONO CELULAR: _____ OTRO: _____

ALUMNO (A) DERECHOHABIENTE A: _____

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____

NOTA: EN CASO DE NO AUTORIZAR, LA INSTITUCIÓN NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS POSIBLES EFECTOS O
REPERCUSIONES QUE SE OCASIONEN EN EL ALUMNO (A) POR NO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA OPORTUNA E
INMEDIATA.

EN CASO DE NO AUTORIZAR ESPECIFIQUE EL MOTIVO: _____



CARTA COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD DEL ÁREA DE SERVICIO MÉDICO

Oaxaca de Juárez, Oax., a _____ de _____ de 202__.

NOMBRE DEL ALUMNO(A): _____ GRADO: _____ GRUPO: _____

NOMBRE DEL PADRE, MADRE DE FAMILIA O TUTOR: _____

Manifiesto mi compromiso de aceptar el retorno seguro a clases diario de mi hijo(a) o tutorado, comprometiéndome a lo siguiente:

- a) **Revisar diariamente** a mi hijo(a) o tutorado para identificar la presencia de signos y síntomas de enfermedades que dificulten el desempeño escolar y promueva el contagio al colectivo escolar.
- b) Llevar a mi hijo(a) o tutorado para recibir atención médica oportunamente y seguir las indicaciones de manera correcta.
- c) Promover hábitos de vida saludable para prevenir enfermedades en mi hijo(a) o tutorado.
- d) Notificar de manera personal al área de Servicio Médico con receta médica, en los casos que mi hijo(a) o tutorado no pueda realizar actividad física, especificando el tiempo de la incapacidad.
- e) Para el trámite de justificación de faltas es indispensable presentar de manera personal la receta de atención médica indicando diagnóstico, tratamiento y tiempo de incapacidad en el Departamento de Trabajo Social.

En caso de presentar algún malestar, favor de comunicarse inmediatamente a los siguientes números:

Tel 1: _____
NOMBRE COMPLETO PARENTESCO NÚMERO TELEFÓNICO

Tel 2: _____
NOMBRE COMPLETO PARENTESCO NÚMERO TELEFÓNICO

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL
 PADRE, MADRE DE FAMILIA O TUTOR.