



HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO(A) CICLO ESCOLAR 2024-2025

Lea cuidadosamente la siguiente información y conteste con veracidad:

Nombre del Alumno(a): _____

Edad: (años/meses) _____ Sexo ____ Peso _____ Estatura _____ Tipo de Sangre _____

Domicilio: _____

Tel. Casa: _____ Celular: _____ Mail: _____

¿Su hijo(a) padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? Marque con X la respuesta:

	SI	NO		SI	NO
Sobrepeso y Obesidad			Diabetes (azúcar en la sangre)		
Enfermedades del corazón			Amigdalitis (anginas)		
Bronquitis			Anemia		
Hemorragias			Hepatitis		
Epilepsia (ataques, convulsiones)			Neoplasias (tumores)		
Fiebre Reumática			Cáncer		
Otras enfermedades crónicas (especifique): _____					

Enfermedades que su hijo(a) ha padecido durante los últimos 12 meses: _____

Enfermedades que padece con mayor frecuencia: _____

Información adicional (en caso de ser necesario): _____

¿Ha detectado si su hijo(a)? Marque con X la respuesta:

	SI	NO		SI	NO
Duerme bien durante la noche			Le duelen las piernas por la noche		
Le da fiebre con frecuencia			Se desmaya con frecuencia		
Le falta aire después de hacer ejercicio			Ha recibido transfusión sanguínea		
¿Tiene algún impedimento o antecedente médico que le prohíba realizar actividad física? (especifique): _____					
¿Es alérgico a algún alimento, bebida o medicamento? (especifique): _____					
¿Está tomando algún medicamento actualmente? (cuál y en qué dosis): _____					
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? (motivos y fechas): _____					

Antecedentes Hereditarios del alumno (a): Marque con X la respuesta:

	SI	NO	PARENTESCO		SI	NO	PARENTESCO
Diabetes				Hipertensión			
Enfermedades Cardiacas				Cáncer			

Continúa atrás





¿Asiste a algún tipo de terapia? SI ____ NO ____ ¿Qué Tipo de Terapia? _____

Nombre del terapeuta: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

¿Ha necesitado la intervención del neurólogo? SI ____ NO ____ Motivo: _____

Nombre del Neurólogo: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Recomendaciones especiales: _____

Nombre Médico Familiar: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

En caso de emergencia avisar a:

NOMBRE	TELEFONO	PARENTESCO

Bajo protesta de decir verdad, MANIFIESTO que las respuestas del cuestionario corresponden a mi hijo(a):
_____ que cursará el _____ grado de educación
_____ en el Colegio "T.O.T. Kinder Montessori, S.C.". Así mismo, al firmar este documento autorizo a la
institución para que pueda hacer uso de la información en caso necesario y se tomen decisiones médicas, así como, si hay necesidad
de traslado a un hospital, ésto en caso de no encontrar a los padres o algún familiar que se haga responsable de mi hijo(a).

Nombre y Firma del padre o tutor

Considerando que la Institución, promueve el desarrollo integral, las capacidades físicas e intelectuales de los alumnos; así como de sus actitudes y valores, se requiere determine si autoriza que su hijo(a) realice las actividades escolares programadas, y en el caso que durante el presente ciclo escolar, su hijo(a) presentara alguna sintomatología o enfermedad que limite su desempeño en alguna actividad a realizar en la escuela, se compromete a informar inmediatamente por escrito.

SI autorizo

NO autorizo

Nombre y Firma del padre o tutor

Nombre y Firma del padre o tutor

Metepec, Estado de México a ____ de _____ de 20____.

