



“2025. Bicentenario de la vida municipal del Estado de México”

HISTORIAL MÉDICA DEL ALUMNO(A)

Señor padre, madre o tutor de familia este historial será llenado por su médico o por usted pero con datos actualizados a la fecha actual:

Lea cuidadosamente la siguiente información y conteste con veracidad.

1. Nombre del alumno(a):
2. Domicilio:
3. Tel Casa: Celular: Correo electrónico:
4. Edad: Años Meses: Peso Talla:
5. En caso de emergencia avisar a:
6. Nombre:
7. Teléfono:
8. Parentesco:
9. Escriba los nombres de las enfermedades que su hijo(a) ha padecido durante los últimos 12 meses:
10. Enfermedades que padece con mayor frecuencia:
11. Mencione si tiene alguna alergia:
12. Y si tiene alguna alergia cual es o a que:
13. Nombre y número de teléfono del médico familiar:
14. Subraye a que Institución derechohabiente tiene el alumno(a):

ISSEMYM

ISSSTE

IMSS

OTRO

15. Recomendaciones especiales en caso de tenerlas y agregar el diagnóstico del médico e institución tratante

12. ¿Su hijo(a) padece algunas de las siguientes enfermedades?					
Marque con X la respuesta	SI	NO		SI	NO
Sobrepeso u obesidad			Diabetes (azúcar en la sangre)		
Enfermedades del corazón			Amigdalitis (anginas)		
Bronquitis			Anemia		
Hemorragias			Hepatitis		
Epilepsia (ataques, convulsiones)			Neoplasias (Tumores)		
Fiebre Reumática			¿Otras enfermedades crónicas?		
Cáncer			Especifique:		





“2025. Bicentenario de la vida municipal del Estado de México”

15. Ha detectado en el niño(a) que:

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?			¿Es alérgico a algún medicamento y/o bebida? Especifique		
¿Es alérgico a algún medicamento? Especifique:			¿Ha recibido alguna vez transfusión sanguínea?		
Presenta hemorragias (sangrados frecuentes)? Especifique			¿Tiene impedimento para realizar actividades físicas y/o deportivas?		
¿Cuenta con algún antecedente médico que prohíba a su hijo realizar actividad física? Especifique			¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?		

Antecedentes hereditarios del alumno	SI	NO		SI	NO
¿Tiene algún familiar diabético? Parentesco:			¿Tiene algún familiar hipertenso? Parentesco:		
¿Tiene algún familiar enfermo del corazón? Parentesco:			¿Tiene algún familiar enfermo de cáncer? Parentesco:		

Bajo protesta de decir verdad, MANIFIESTO que las respuestas del cuestionario corresponden a mi hijo(a):

Que cursará el: **SEGUNDO** grado de la **Escuela Secundaria Oficial 0530 “Anexa a la Normal de Atizapán”** del municipio de Atizapán de Zaragoza. Así mismo al firmar este documento autorizo a la institución que pueda hacer uso de la información cuando sea necesario y en el caso de que durante el presente ciclo escolar **2025-2026**, mi hijo(a) presenta alguna sintomatología o enfermedad que limite su desempeño en alguna actividad a realizar en la escuela, me comprometo a informar de inmediato por escrito.

Nombre y firma del Padre o Tutor

Considerando que la institución promueve el desarrollo integral y pertinente a las capacidades físicas e intelectuales de los alumnos; así como de sus actitudes y valores, se requiere determinar si autoriza que su hijo(a) realice las actividades escolares programadas.

Si autorizo ()

No autorizo ()

Nombre y firma

Nombre y firma

*En el caso de que el alumno no pueda realizar actividad física o que tenga algún cuidado especial, deberá incluir el resumen de su médico con fecha reciente al mes de inscripción.

