

ESCUELA SECUNDARIA TECNICA 72

OCTAVIO PAZ

Calle Aguacates No. 101, Col. Arboledas Fresnillo, Zac. Tel. 9353023

octaviopaztec72@hotmail.com.

HISTORIA CLINICA DEL ALUMNO

GRADO Y GRUPO _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____ . EDAD: _____ . SEXO _____

DOMICILIO ACTUAL: _____ NUMERO DE CELULAR _____

TELEFONOS EN CASO DE ALGUNA EMERGENCIA Y PARENTESCO: ? _____

¿PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD ACTUAL (DIABETES, CARDIOPATIAS, ASMA, ETC?)

EN CASO DE SI ¿CUAL?

¿RECOMENDACIONES EN CASO DE ENFERMEDAD? _____

¿ES ALERGICO A MEDICAMENTOS? SI CUAL? _____

¿ACTUALMENTE TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI CUAL? _____

¿EN CASO DE TOMAR ALGUN MEDICAMENTO PARA QUE ¿ _____

¿ES ALERGICO A ALGUN ALIMENTO O SUSTANCIA? SI CUAL? _____

¿CUENTAN CON UNA INSTITUCION DE SALUD? (IMMS, ISSSTE ETC). SI CUAL? _____

¿HA SIDO OPERADO QUIRURGICAMENTE? MOTIVO? _____ TIPO DE SANGRE: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR _____

La escuela Secundaria Técnica No 72, "Octavio Paz" le informa que cuenta con servicio médico escolar, es de manera preventiva, están de acuerdo en caso de que su HIJO/HIJA O TUTORADO, en caso de presentar alguna enfermedad tales como (dolor de cabeza, dolor de estómago, gripe, cólicos, laceraciones, golpes etc. Sea atendido y se le otorgue algún medicamento para la mejora de salud:
ACEPTACION COMO REPRESENTANTE LEGAL DEL ALUMNO/A _____

NOTA: Estos datos son totalmente confidenciales, MUCHAS GRACIAS.

MEDICINA ESCOLAR.