

ESCUELA SECUNDARIA TECNICA 72

OCTAVIO PAZ

CICLO ESCOLAR 2026 – 2027

Calle Aguacates No. 101, Col. Arboledas Fresnillo, Zac. Tel. 493 9353023

octaviopaztec72@hotmail.com.

HISTORIA CLÍNICA DEL ALUMNO

GRADO Y GRUPO _____

FECHA: _____

NOMBRE: _____ . EDAD: _____ . SEXO _____

DOMICILIO ACTUAL: _____

NÚMERO DE CELULAR _____

TÉLEFONO EN CASO DE ALGUNA EMERGENCIA Y PARENTESCO: _____

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

EN CASO DE SI ¿CUÁL? _____

¿RECOMENDACIONES EN CASO DE ENFERMEDAD? _____

¿ES ALÉRGICO A MEDICAMENTOS? SI ¿CUÁL? _____

¿ACTUALMENTE TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ¿CUÁL? _____

¿EN CASO DE TOMAR ALGUN MEDICAMENTO PARA QUÉ? _____

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN ALIMENTO O SUSTANCIA? SI ¿CUÁL? _____

¿CUENTAN CON UNA INSTITUCIÓN DE SALUD? (IMSS, ISSSTE ETC). SI ¿CUÁL? _____

¿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.