



Ficha Médica

CICLO ESCOLAR 2023 - 2024

Selecciona el área educativa: Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato

Nombre del Alumno(a) : _____ Grado: _____ Grupo: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Edad: _____ años _____ meses _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____

¿Cuenta con seguro médico? Sí No ¿Cuál? _____ No Afiliación: _____

¿Cuenta con esquema de vacunación completo? Sí _____ No _____

¿Autoriza usted la administración de medicamentos tales como: (Aspirina, Tempra, Paracetamol, Buscapina, Clarityne, Avapena, Treda, Pepto Bismol, entre otros), como atención de primer contacto?

Si No Exceptuando cuál _____

Estado actual del alumno:

El educando es alérgico a algún medicamento o alimento: No: _____ Sí: _____

¿A cuál? _____

Operaciones a las que se ha sometido: _____

¿Cómo considera la constitución física de su hijo(a): muy fuerte, medianamente fuerte, delicada, o más bien débil?

¿Se cansa con rapidez o lentamente durante los esfuerzos físicos o mentales? Sí _____ No _____

¿En qué en especial? _____

¿Ha tenido fracturas? Sí _____ No _____ Especifique de qué tipo _____

Ficha Médica

CICLO ESCOLAR 2023 - 2024

Padece alguna enfermedad crónica como:

- | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Asperger |

Está en algún tratamiento médico Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

Datos Odontológicos:

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> TX Ortodoncia | <input type="checkbox"/> Gingivitis | <input type="checkbox"/> O:D: con caries _____ |
|--|-------------------------------------|--|

Visión:

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Usa lentes | <input type="checkbox"/> Astigmatismo | <input type="checkbox"/> Miopía |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

Oído:

- Padece sordera
- Requiere del uso de algún aparato ¿Cuál? _____

Podólogo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene pie plano | <input type="checkbox"/> Utiliza plantilla en su calzado |
|--|--|

Antecedentes Familiares:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Drogadicción ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tabaquismo ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales ¿Quién? _____ |
| | <input type="checkbox"/> Otros: _____ ¿Quién? _____ |

Teléfonos de emergencia:

Nombre de la Mamá o Tutora: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Teléfono: casa _____ trabajo _____ cel. _____

Nombre del Papá o Tutor: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Teléfono: casa _____ trabajo _____ cel. _____

Nombre completo y Firma del padre, madre o tutor



CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ALUMNO

Ciudad de México, ____ de _____ de _____.

Escuela: _____ C.C.T.: _____

Nombre del Alumno(a): _____ Grado: _____ Grupo _____

¿Presentó examen médico la madre, padre de familia o tutor?: (si) (no) Tipo de Sangre: _____

¿El examen médico entregado a la escuela indica que está apto para realizar actividad física?: (si) (no)

¿Alérgico a algún medicamento?: (si) (no) Indique cuál: _____

¿El alumno(a) presenta algún padecimiento crónico? (si) (no) Indique cuál: _____

¿El alumno(a) toma algún medicamento prescrito por el médico? (si) (no)

En caso de contestar afirmativamente anexar copia de la receta por el médico tratante al presente. Indique cuál: _____

Escriba a qué hora es suministrada la primera toma del día antes del ingreso al plantel: _____

Número de dosis al día: _____

Horas programadas para la administración de dosis de medicamentos:

4 hrs. () 6 hrs. () 8 hrs. () 12 hrs. () 24 hrs. ()

En caso de que el alumno(a) requiera atención a causa del padecimiento, indique el procedimiento a seguir:

En situación caso de emergencia médica, avisar a los siguientes teléfonos: () _____ y () _____

Si alumno(a) requiere atención médica a causa de su padecimiento o por alguna otra causa, autorizo a que sea trasladado para recibir dicha atención: (si) (no) a la institución (IMSS) (ISSSTE) (Secretaría de Salud) (Seguro Popular) (Otro) Describa cuál: _____

Yo madre, padre de familia o tutor, estoy de acuerdo en proporcionar la información médica de mi hijo(a) pupilo(a): (si) (no).

Lo anterior, implica mi aceptación de las consecuencias derivadas de la decisión que libre y responsablemente que adopto para el desarrollo educativo y personal de mi menor hijo(a) o pupilo(a), deslindando por ello de toda responsabilidad al plantel y autoridades educativas. Manifiesto lo anterior aceptando las condiciones físicas, psicológicas y pedagógicas de mi hijo.

Acepto de conformidad la información mencionada en la presente cédula

Nombre y firma de la madre, padre de familia o tutor

Aviso de Privacidad

Con fundamento en los artículos 16 y 73 fracción XXIX-O de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y del Artículo 22 fracciones II y V de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México (AEFCM), es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuáles serán utilizados para atender el registro del documento denominado "Cédula de Referencia de Salud" (EX-10) a través del Sistema Integral de Información Escolar en Web (SIIE WEB) en las diferentes modalidades de Educación Básica. Así como realizar informes estadísticos con la finalidad de dar seguimiento a los avances interinstitucionales inherentes a este servicio educativo.

Si deseas conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrás consultar en nuestro portal de internet www.gob.mx/aeefcm