

# Ficha Médica

CICLO ESCOLAR 2025 - 2026

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?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Exceptuando ¿cuál?: \_\_\_\_\_

## Estado actual del alumno (a):

¿El educando es alérgico a algún medicamento o alimento?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿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: \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado (a)?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué motivo?: \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad o condición que requiera atención específica?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

# Ficha Médica

CICLO ESCOLAR 2025 - 2026

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**