

JARDIN DE NIÑOS TEC MEXIQUENSE KIDS
CCT 15PJN0126U

HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO

Señor Padre de Familia: Lea cuidadosamente la siguiente información y conteste con veracidad.

1. Nombre del alumno (a): **ANGELICA GISELLE HUERTA DUARTE**

2. Domicilio: **LAGO CAIMANERO 317 COL NUEVA OXTOTITLAN**

3. Tel. Casa: 722 317 17 93 Celular: 722 145 26 88 Correo electrónico: **arq-csr@hotmail.com**

4. Edad: 5 Años 3 Meses Sexo **F** Peso 17 KG Talla 107 Tipo de sangre:

5. En caso de emergencia avisar a:

Nombre: **DIANA HUERTA TELLEZ** Parentesco: **TIA**

Lugar de trabajo: **UNITEC MEXIQUENSE S.C** Teléfono: **722 526 36 14**

Nombre: **CECILIA TELLEZ JIMENEZ** Parentesco: **ABUELA**

Lugar de trabajo: **AMA DE CASA** Teléfono: **722 311 80 31**

Nombre: **JUAN EUSEBIO HUERTA CANTINCA** Parentesco: **ABUELO**

Lugar de trabajo: **UNIVERIDAD TEC MEXIQUENSE** Teléfono: **722 780 30 54**

6. Escriba los nombres de las enfermedades que su hijo (a) ha padecido durante los últimos 12 meses:

7. Enfermedades que padece con mayor frecuencia y mencionar sus recomendaciones (alergias):

8. Institución de derechohabiente del alumno:

ISSEMYM: _____ ISSSTE: _____ IMSS: _____ SEGURO POPULAR: _____ OTRO: PARTICULAR

9. En caso de no ser derechohabiente, proporcionar el nombre y número de teléfono del médico familiar:

DR. EDUARDO ALEJANDRO ALEMAN VALDEZ 722 168 04 55

10. Mencione si la madre del menor presentó complicaciones durante el embarazo y/o al momento del nacimiento del menor:

DURANTE EL EMBARAZO TUBO PREECLAMPSIA Y ES 8 MESINA DE NACIMIENTO

11. ¿Su hijo (a) padece alguna de las siguientes enfermedades?

MARQUE CON X LA RESPUESTA	SI	NO	MARQUE CON X LA RESPUESTA	SI	NO
Sobrepeso u obesidad		X	Diabetes (azúcar en la sangre)		X
Enfermedades del corazón		X	Desnutrición		X
Bronquitis		X	Amigdalitis (anginas)		X
Hemorragias		X	Anemia		X
Epilepsia (ataques, convulsiones)		X	Hepatitis		X
Fiebre Reumática		X	Neoplasias (tumores)		X
Cáncer		X	¿Otras enfermedades crónicas? Especifique:		X

HA DETECTADO EN EL NIÑO (A) QUE:	SI	NO		SI	NO
¿Duerme bien durante la noche?	X		¿Le dueles las piernas por la noche?		X
¿La fiebre con frecuencia?		X	¿Se desmaya con frecuencia?		X
¿Le falta aire después de hacer ejercicio?		X	¿Es alérgico a algún alimento y/o bebida? Especifique:		X
¿Es alérgico a algún medicamento? Especifique:		X	¿Ha recibido alguna vez transfusión sanguínea?		X
¿Presenta algún tipo de alergia? Especifique cuál: Medicamento (s):		X	¿Cuenta con algún antecedente médico que impida a si hijo (a) realizar actividad física y/o deportiva?		X
Alimentos:			Especifique cuál:		
Animales:					
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? En caso afirmativo mencione si existe alguna secuela y cuál:					

MARQUE CON UNA "X" SI REQUIERE EL USO DE ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES AUXILIARES:	SI	NO		SI	NO
Auditivo		X	Anteojos o lupa		X
Tratamiento ortopédico (plantillas, cuñas, zapato y/o mangueras ortopédicas) Especifique cuál:		X	Aparato ortopédico para su desplazamiento (andadera, muleta, bastón y/o silla de ruedas) Especifique cuál:		X

Bajo protesta de decir verdad, MANIFIESTO que las respuestas del cuestionario corresponden a mi hijo (a) o tutorado (a): **ANGELICA GISELLE HUERTA DUARTE** que cursará el 3 ER grado, de **PREESCOLAR** en la escuela **TEC MEXIQUENSE KIDS** del municipio DE **TOLUCA**. Al firmar este documento autorizo a la institución educativa, que en caso necesario utilice la presente información con fines pedagógicos y de salud.

Nombre y Firma del Padre o Tutor

CESAR HUERTA TELLEZ

Fecha: 13 / 01 / 21