

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): KEVIN ALEXIS HUERTA TRIGOS

2. Domicilio: ABETOS 17 COL.BOSQUES ICA

3. Tel. Casa: 7225430159 Celular: 7225834073 Correo electrónico: tec.m.ale@hotmail.com

4. Edad: 5 años 7 Meses Sexo masculino Peso 22.5 kg Talla 113 cm Tipo de sangre: O+

5. En caso de emergencia avisar a:

Nombre: Iitzel Alejandra Trigos Cornejo

Parentesco: Mamá

Lugar de trabajo: Tec Mexiquense

Teléfono: 7225834073

Nombre: Oscar Huerta Tellez

Parentesco: Papa

Lugar de trabajo: Tec Mexiquense

Teléfono: 7221185685

Nombre:

Parentesco:

Lugar de trabajo:

Teléfono:

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

Gripe, molestia estomacal

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

Es alérgico al refresco

8. Institución de derechohabiente del alumno:

ISSEMYM: _____

ISSSTE: _____

IMSS: _____

SEGURO

OTRO: Privado

POPULAR: _____

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

Pediatra Neonatólogo Alejandro Aleman 7221680455

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

Ninguna

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?		X
			Especifique:		

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): Alimentos: <u>Refresco</u> Animales: ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? En caso afirmativo mencione si existe alguna secuela y cuál: 			¿Cuenta con algún antecedente médico que impida a su hijo (a) realizar actividad física y/o deportiva? Especifique cuál: 		

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

Bajo protesta de decir verdad, MANIFIESTO que las respuestas del cuestionario corresponden a mi hijo (a) o tutorado (a): KEVIN ALEXIS HUERTA TRIGOS que cursará el 3° 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

ITZEL ALEJANDRA TRIGOS CORNEJO

Fecha: 13 01 2021