

HISTORIAL MÉDICO HEREDO-FAMILIAR

Señor padre de familia responda con sinceridad las siguientes preguntas.

ALUMNO

Foto
tamaño
infantil

Nombre del Alumno:

Grupo:

Edad:

Estatura:

Peso:

Sexo:

¿Con quién vive?:

Nombre del Padre o Tutor:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Nombre de la madre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Antecedentes del alumno:

	Si	No	Observaciones
Alergia a medicamentos			
Grupo sanguíneo			
Cuadro de vacunación completa			
Convulsiones			
Problemas del corazón			
Deficiencia pulmonar			
Asma			
Problemas con la piel			

Antecedentes heredofamiliares:

	Madre:	Padre:	Otro:	¿Quién?
Alcoholismo				
Farmacodependencia				
Epilepsia				
Diabetes				
Asma				
Enfermedad de Transmisión Sexual – VIH				
Otras				
¿Cuál o Cuáles?				

NOTA: Los datos requeridos son confidenciales. Para asistir a educación física, su hijo/a deberá portar obligatoriamente en clase el uniforme deportivo.

Nombre y firma del Padre o Tutor: _____